

164259

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ

**ŞİZOFRENİ BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN YAŞAM NİTELİĞİ İLE
HASTALIĞIN NEGATİF - POZİTİF BELİRTİLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Gülçin SÜNGÜ SÜĞÜN

**Danışman Öğretim Üyesi
Yard. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN**

İZMİR

2005

ÖNSÖZ

Araştırmanın her aşamasında desteği ve değerli katkıları olan tez danışmanım Sayın Yard. Doç. Dr. Ayça Gürkan'a, değerli bilgileri ve önerileri ile katkıda bulunan Sayın Doç. Dr. Baybars Veznedaroğlu'na teşekkür ederim.

Bu çalışmanın uygulanması ve yürütülmesinde destekleri ifade edilemeyecek kadar çok olan Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz Birimi'nde çalışan Uzm. Dr. Bülent Kayahan, SHU Zehra Çalışkan, Uzm. Psikolog Ayşe Eryavuz'a ve manevi desteğini esirgemeyen eşime sonsuz teşekkür ederim.

Ayrıca, çalışmaya katılan hasta ve yakınlarına teşekkür ederim.

İZMİR, 2005

Gülçin SÜNGÜ SÜGÜN

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı-Soyadı)

(İmza)

Başkan: Yard. Doç. Dr. Ayça GÜRKAN (Danışman)
Üye: Doç. Dr. Baybars VEZNEDAROĞLU
Üye: Yard. Doç. Dr. Gönül ÖZGÜR

Yüksek Lisans Tezinin Kabul Edildiği Tarih

.....10 Mart 2005.....

İÇİNDEKİLER	IV
TABLOLAR DİZİNİ	IX
GRAFİKLER DİZİNİ	XII

BÖLÜM 1

GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu	4
1.2. Alt Problemler	5
1.3. Araştırmanın Amacı ve Önemi	5
1.4. Araştırmanın Hipotezleri.....	7
1.5. Sayıtlılar	8
1.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	8
1.7. Tanımlar	8
1.8. Genel Bilgiler	9
1.8.1. Sağlık, Ruh Sağlığı ve Bozukluğu	9
1.8.2. Şizofrenik Bozukluk.....	10
1.8.2.1. Tanım	10
1.8.2.2. Tarihsel Gelişim	10
1.8.2.3. Epidemiyoloji	11
1.8.2.4. Etiyoloji.....	13
1.8.2.5. Prodrom Belirtiler ve Başlangıç	18
1.8.2.6. Klinik Belirtiler ve Bulgular	18
1.8.2.7. Tanı Ölçütleri ve Sınıflandırma.....	22
1.8.2.8. Gidiş ve Sonlanış.....	26

1.8.2.9. Şizofreni Tedavisi	28
1.8.2.10. Hemşirelik Bakımı	33
1.8.3. Yaşam Niteliği.....	36
1.8.3.1. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliğinin Önemi	36
1.8.4. Sağlık Eğitimi.....	38
1.8.4.1. Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Sağlık Eğitimi Gereksinimleri	38
1.8.4.2. Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerinde Sağlık Eğitimi Gereksinimleri	40

BÖLÜM 2

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi	42
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	42
2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	42
2.4. Veri Toplama Yöntemi.....	43
2.4.1. Veri Toplama Araçları	43
2.4.2. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	45
2.5. Değişkenler.....	45
2.5.1. Bağımlı Değişkenler.....	45
2.5.2. Bağımsız Değişkenler.....	45
2.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	45
2.7. Araştırmanın Süresi ve Olanakları	46
2.8. Araştırma Etiği	47

BÖLÜM 3

BULGULAR

3.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi.....	48
3.2. Hastaların Tedavi Olma ve Hastalıkla Baş Etme Durumlarının İncelenmesi.....	51
3.3. Hastaların Tedavi Ortamında Kendilerini Kötü Hissetmelerine Neden Olan Durumların İncelenmesi.....	56
3.4. Hastaların Yaşam Memnuniyetlerinin İncelenmesi.....	57
3.5. Hastaların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	58
3.5.1. Hastaların PANSS Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	58
3.5.2. Hastaların Pozitif Belirtiler Ölçeği (P) Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	58
3.5.3. Hastaların Negatif Belirtiler Ölçeği (N) Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	59
3.5.4. Hastaların Genel Psikopatoloji Ölçeği (G) Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	59
3.6. Hastaların Yaşam Niteliği Ölçeği (YNÖ) Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	61
3.6.1. Hastaların Yaşam Niteliği Ölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	61
3.6.2. Hastaların Kişilerarası İlişkiler Altölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	61
3.6.3. Hastaların Mesleki Rol Altölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	62
3.6.4. Hastaların Ruhsal Bulgular Altölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	62
3.6.5. Hastaların Kişisel Eşya ve Günlük Faaliyet Altölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	63

3.7. Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre İncelenmesi.....	65
3.8. Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Yaşam Memnuniyetleri İle İlişkisinin İncelenmesi	75
3.9. Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamaları İle PANSS ve Altölçekleri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	76

BÖLÜM 4

TARTIŞMA VE SONUÇ

4.1. Hastalara İlişkin Tanıtıcı Bilgiler.....	78
4.2. Hastaların Tedavi Olma ve Hastalıkla baş etme Durumlarının İncelenmesi	81
4.3. Hastaların Tedavi Ortamında Kendilerini Kötü Hissetmelerine Neden Olan Durumların İncelenmesi.....	84
4.4. Hastaların Yaşam Memnuniyetlerinin İncelenmesi	85
4.5. Hastaların Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	85
4.5.1. Hastaların PANSS Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi	85
4.5.2. Hastaların PANSS Pozitif Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	85
4.5.3. Hastaların PANSS Negatif Puan Ortalamalarının İncelenmesi	86
4.5.4. Hastaların Genel Psikopatoloji Puan Ortalamalarının İncelenmesi	86
4.6. Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının İncelenmesi	87
4.6.1. Hastaların Yaşam Niteliği Toplam Puan Ortalamalarının İncelenmesi	87
4.6.2. Hastaların Yaşam Niteliği Ölçeği Kişilerarası İlişkiler Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	87

4.6.3. Hastaların Yaşam Niteliği Ölçeği Mesleki Rol Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	87
4.6.4. Hastaların Yaşam Niteliği Ölçeği Ruhsal Bulgular Puan Ortalamalarının İncelenmesi.....	88
4.6.5. Hastaların Yaşam Niteliği Ölçeği Kişisel Eşya ve Günlük Faaliyet Puan Ortalamalarının İncelenmesi	88
4.7. Hastaların Yaşam Niteliği Ölçeği Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklere Göre İncelenmesi.....	88
4.8. Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamaları İle Yaşam Memnuniyetleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	92
4.9. Hastaların Yaşam Niteliği Puanları İle PANSS ve Altölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	93

BÖLÜM 5

SONUÇ VE ÖNERİLER

A. SONUÇ	94
B. ÖNERİLER	98
ÖZET.....	101
SUMMARY	103
KAYNAKLAR.....	105

EKLER

EK-1	Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu
EK-2	Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği
EK-3	Şizofreni Hastaları için Yaşam Niteliği Ölçeği
EK-4	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Etik Kurul Kararı
EK-5	Ege Üniversitesi Rektörlüğü Hastane Başhekimliği İzin Yazısı

ÖZGEÇMİŞ

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	48
Tablo 2: Hastaların Hastalık Sürelerine Göre Dağılımı	51
Tablo 3: Hastaların İlaç Tedavilerine Göre Dağılımı.....	51
Tablo 4: Hastaların Başka Bir Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı	52
Tablo 5: Hastaların Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Dağılımı	52
Tablo 6: Hastaların Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Dağılımı.....	52
Tablo 7: Hastaların Farklı Hastane veya Psikiyatriste Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı.....	53
Tablo 8: Hastaların Tıp Dışı Kişilere Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı	53
Tablo 9: Hastaların Dernek Üyesi Olma Durumlarına Göre Dağılımı	54
Tablo 10: Hastaların Hastalıkları İle İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	54
Tablo 11: Hastaların Hastalıkları İle İlgili Psikososyal Beceri Eğitimi Programına (Grubuna) Katılma Durumlarına Göre Dağılımı.....	54
Tablo 12: Hastaların Tedavi Ortamında Kendilerini Kötü Hissetme Durumlarına Göre Dağılımı.....	56
Tablo 13: Hastaların Yaşam Memnuniyetleri Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	57
Tablo 14: Hastaların PANSS Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	58
Tablo 15: Hastaların Pozitif Belirtiler Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	58
Tablo 16: Hastaların Negatif Belirtiler Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	59

Tablo 17: Hastaların Genel Psikopatoloji Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	59
Tablo 18: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	61
Tablo 19: Hastaların Kişilerarası İlişkiler Altölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	61
Tablo 20: Hastaların Mesleki Rol Altölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	62
Tablo 21: Hastaların Ruhsal Bulgular Altölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	62
Tablo 22: Hastaların Kişisel Eşya ve Günlük Faaliyet Altölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	63
Tablo 23: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.....	65
Tablo 24: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı.....	66
Tablo 25: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.....	67
Tablo 26: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.....	68
Tablo 27: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı.....	69
Tablo 28: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Dağılımı	70
Tablo 29: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının İlaç Tedavilerine Göre Dağılımı.....	71
Tablo 30: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Tıp Dışı Kişilere Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı.....	72

Tablo 31: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	73
Tablo 32: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Psikososyal Beceri Eğitimi Grubuna Katılma Durumuna Göre Dağılımı	74
Tablo 33: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Yaşam Memnuniyetleri İle Korelasyonunun Dağılımı	75
Tablo 34: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının PANSS ve Altölçekleri Puan Ortalamaları Arasındaki İle Korelasyonunun Dağılımı.....	76



GRAFİKLER DİZİNİ**Grafik 1:** Hastaların PANSS ve Altölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı60**Grafik 2:** Hastaların Yaşam Niteliği Altölçekleri; Kişilerarası İlişkiler,
Mesleki Rol, Ruhsal Bulgular, Kişisel Eşya ve Günlük Faaliyetler
Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı64

BÖLÜM 1

GİRİŞ

Toplumda biyolojik ve psikososyal nedenlerle ruh sağlığı bozulan bireyler, yaşamlarının önemli bir bölümünü mutsuz, huzursuz, yaratıcılık ve üretkenlikten yoksun bir biçimde geçirmektedir. Bu durumda olan bireyler, yaşadıkları sorunlar nedeniyle, kendilerine zarar vermenin yanı sıra çevrelerine ve topluma da yük olmakta ya da yararlı olamamaktadırlar (45).

Günümüzde şizofreni tek bir hastalık olarak görülmeyip, farklı etiyoloji ve, gidiş ve sonlanış gösteren; farklı tedavi yolları olan bir 'bozukluklar kümesi' olarak değerlendirilmektedir. Şizofreni, tanımı, sınırları, klinik belirtileri, seyri bakımından çeşitlilik gösteren, her toplumda ve her türlü sosyoekonomik ortamda görülebilen, toplumsal, ekonomik ve duygusal maliyeti çok ağır olan, ciddi bir ruhsal bozukluktur. Hem hastalar hem de hasta yakınları bu karmaşık ve kronik hastalıkla baş etmede çoğunlukla bilgisizdirler(37,54,75).

Şizofreni hastaları için farklı değişik sıklık ve şiddette sanrı, varsanı, dezorganize konuşma ve davranışlar, katatonik davranış ve negatif belirtiler ne kadar önemliyse aynı oranda önemli olan bir başka özellik de sosyal ve mesleki işlevsellikteki bozukluktur. İş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli sosyal işlevsellik alanlarında belirgin bir bozulma olup, şizofrenik bozukluk sürecine girmiş olan bir kişide sosyal becerilerde bozulmaktadır. Bu bozulma, hastaların sosyal ilişkiler geliştirmesine ya da sosyal

gereksinimlerinin karşılanmasını engeller. Kişinin arkadaşlık ve iş ilişkileri, aile ilişkileri, mesleki rol performansı, plan yapması, üretkenliği, yaratıcılığı bozulur (37,69).

Şizofrenide günlük işlevsellik sosyal yeterliliğe bağlıdır, sosyal yeterlilik de 'beceri'lerle ortaya çıkar. Beceri, doğal yeteneklerin, doğal gereksinimlerin ötesinde öğrenilmiş bir yetidir. Sosyal beceriler öğrenilebilir, deneyim ve eğitimle şekillenebilirler. Temel sosyal beceriler çocuklukta öğrenilirken meslek öğrenme, eş bulma, iş edinme gibi döneme özgü beceriler daha sonraki dönemlerde öğrenilir (68,69).

Şizofrenide sosyal beceri yetersizliği hastalığın değişik aşamalarında ortaya çıkabilir. Kişiler, beceri kazanma yetersizliği içerisinde olabilirler. İlk bakışta normal görünen çocuklar eğer daha sonra şizofreni geliyecekse dikkat ya da ilgi sorunları yaşayabilir, bu da yeterince sosyal ilişki kurulmasını ve sosyal beceri kazanılmasını engelleyebilir. Şizofreni genellikle delikanlılık döneminde ortaya çıkar, bu durum kişinin bireyselleşme ve bağımsız yaşama becerilerini kazanması gerektiği dönemde gelişerek, birey için en kritik dönemdeki sosyal becerilerin kazanılması engellenmiş olur. Şizofreni, bireyi akranlarından ve toplumsal yaşamdan koparıp yalnız bir hayata sürükleyerek yeni sosyal becerilerin kazanılmasını engelleyebilir ve öğrenilmiş olanların da kaybına yol açabilir. Uzun süre hastanede yatış bireyleri doğal yaşamdan uzak tutarak öğrenilmiş becerilerin kaybına ve yeni becerilerin kazanılmamasına neden olabilir. Kazanılmış becerilerin, devam etmesi ve güçlenmesi için kullanılmaya ve çevresel desteklere gereksinim vardır (36,37,62,67,69).

Şizofreni hastalarında günlük yaşamda konuşmak, tartışmak, fikir üretmek, organizasyon yapmak, duygu ifade etmek, ilişki geliştirmek ve iş yürütmek gibi alanlarda belirgin yetersizlikler olmaktadır. Bu nedenle hastaların sosyal yeterliliğe kavuşturulmasında aşılması gereken en önemli engellerden birisi negatif belirtilerdir (20,36).

Günlük işlevsellik ve yeterliliğin bozulmasında negatif belirtilerin ve çevresel etkenlerin rolü daha fazla olmakla birlikte alevlenmeler ve psikotik belirtilerin uzun sürmesi

de sosyal becerilerin gelişmesinde engelleyici rol oynayabilir. Hastalık bireylerin sosyalleşme motivasyonunu kırar. Özellikle kronikleşmesi durumunda hastaların sosyalleşme önündeki engelleri aşmaları daha zor olur. Hastalar, hastalık ve yaşam arasında kendilerini rahat hissedebilecekleri bir denge kurarlar. Risk alıp dengeye girmektense amaçlarını ve beklentilerini sınırlayarak toplumdan izole yaşamayı tercih edebilirler (20,69).

Hastalığın etiketleyici etkisi çevrenin hasta bireylere yaklaşımı üzerine olumsuz etki yaparak hastaların etkileşime gireceği sosyal çevreyi daraltabilir. İnsanların hastaların davranışlarıyla ilgili olumsuz beklentileri ve farklı davranışlara tolerans göstermemeleri onların kendi kabuklarına çekilmelerine neden olmaktadır. Ekonomik yetersizlik aynı zamanda, sosyalleşme önünde önemli bir engeldir. Hasta bireyler, hastalığın tedavi altında ve belirtisiz olarak devam ettiği dönemlerde, kendi bilgi ve becerilerine uygun işlerde, uygun bir mesai ve iş ortamı sağlanması durumunda çalışabilirler. Bu durum ülkemiz koşullarında sağlanması güç olan bir uygulamadır ve hastaların ekonomik zorluklar yaşamasına neden olmaktadır. Sosyal çevrenin tutumları ve ekonomik zorluklar hasta bireylerin toplumdan daha da uzaklaşmasına neden olmaktadır (71).

Hastalığın, bilişsel işlevlerde bozulmaya yol açması günlük işlevselliğin önündeki engellerden biridir. Dikkat, bellek ve soyutlama sorunları düşünmeyi, öğrenmeyi, sorun çözmeyi ve uygun tepki vermeyi engellemekte, sonucunda sosyal etkileşimi olumsuz olarak etkilemektedir. Diğer insanlar kadar hızlı bilgi işleyemeyen hastalar doğal olarak iletişim sorunları yaşamakta ve toplumdan dışlanma gibi çok önemli bir riskle karşılaşmaktadırlar(71).

Yaşam niteliği, bireyin toplumsal gereksinim ve beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu fırsatlardan yararlanması olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram bir yandan, 'iyi olma hali, yaşam doyumu' gibi ifadeleriyle öznel bir boyut taşıırken, diğer yandan 'bağımsız yaşayabilme, kişiler arası ilişkiler, üretkenlik' gibi ifadeleriyle nesnel bir boyut taşımaktadır (54,58).

Sosyal işlevsellikte bozulmaya yol açarak yaşam niteliğinde düşme yaratan bu hastalığın tedavisinde farmakolojik yaklaşımların yanı sıra psikososyal girişimler de kaçınılmaz uygulamalardır. Şizofrenide yaşam niteliğini arttırmak için yapılan girişimler bireysel ve grup halinde uygulanan bilişsel davranışçı tedavilerden, destekleyici tedaviye, aile tedavisine, aile eğitimine, ruhsal eğitim gruplarına, sosyal beceri eğitimine ve rehabilitasyon hizmetlerine kadar çeşitli alanlarda olmaktadır. Bu tedavi yaklaşımları ilaçların sağladığı düzelmeye bağlı olarak hastanın yaşam niteliğini, sorunlarla baş etme kapasitesini artırma yönünde adımlar atılmasını sağlar. Bu tür tedaviler, psikiyatristler, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları, psikiyatri hemşireleri tarafından yapılabilir (62,67,69).

Hemşirelik disiplini, sağlık ekibinin ayrılmaz bir parçasıdır. Hasta ile ilişkide hemşirelik hizmetlerinin yoğunlaştığı nokta, hasta ve onun gereksinimleridir. Hasta bireye gereksindiği yardımın verilebilmesinde hemşire, hasta ve yakınlarıyla daha fazla işbirliği geliştirmelidir. Tüm hasta gereksinimlerinin belirlenmesi, hastaların bakımdan bekledikleri sonuçlara ulaşmalarında anahtardır (42,51,59,60).

Hemşireler, hasta ve yakınları ile daha uzun süre bir arada bulunurlar, hasta ve yakınlarının hangi durumlarda yardım ve desteğe gereksinim duyduklarını, daha yakından gözlemleyip, tespit edebilirler. Şizofreni tedavisinde hemşirenin, şizofren hasta ile çalışmış olma deneyimi ve bu hastalara yaklaşım tarzı da çok önemlidir. Özellikle şizofreni hastalığı hakkında bilgisi olmalı, bu hasta grubuna özgü sorunlar ve gereksinimlerden haberdar olmalı, kronik bir hastalığı olan bireylerin sorunları ile baş etmede yardımcı olacak işbirliğini sağlayabilecek terapi yapma yeteneği olmalıdır (1,19,52,66,73).

1.1.ARAŞTIRMANIN KONUSU (PROBLEM)

Şizofrenik bozukluğu olan bireylerde yaşam niteliği ile hastalığın pozitif, negatif belirtileri arasındaki ilişkiyi araştırmak.

1.2. ALT PROBLEMLER

Şizofrenik bozukluğu olan bireylerde Psikososyal Beceri Eğitimi almış olma ile yaşam niteliği arasındaki ilişkiyi araştırmak,

Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin yaşam niteliği düzeyini saptamak,

Şizofreni bozukluğu olan bireylerin tanıtıcı özelliklerini belirlemek,

Şizofreni bozukluğu olan bireylerin, yaşam niteliğini etkileyen etkenleri (yaş, cinsiyet, aile tipi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir düzeyi, en uzun süre yaşanan yer, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, dernek ya da grup üyesi olma durumu, sağlık eğitimi alma durumu, psikososyal beceri eğitimi gruplarına katılma durumu ve diğer destek tedavileri alma durumu) incelemek.

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Şizofreni hastalarının tedavilerinin toplum içinde sürdürülmesi gerekliliği anlayışı ile birlikte; hastaların ne ölçüde bir toplumsal rol üstlenebilecekleri, kişiler arası ilişkilerdeki konumları, üretim sürecinde ne ölçüde, verimli olabilecekleri, mesleki, aile içi ve toplumsal uyumlarının nasıl olacağı soruları gündeme gelmiştir. Şizofreni hastalarında günlük yaşamda konuşmak, tartışmak, fikir üretmek, organizasyon yapmak, duygu ifade etmek, ilişki geliştirmek ve iş yürütmek gibi alanlarda belirgin yetersizlikler olmaktadır. Bu nedenle hastaların sosyal yeterliliğe kavuşturulmasında aşılması gereken en önemli engellerden birisi negatif belirtilerdir. Günlük işlevsellik ve yeterliliğin bozulmasında negatif belirtilerin ve çevresel etkenlerin rolü daha fazla olmakla birlikte alevlenmeler ve pozitif psikotik belirtilerin uzun sürmesi de sosyal becerilerin gelişmesinde engelleyici rol oynayabilir(54,76).

Hastanın günlük deneyimleri, kişiler arası ilişkileri, toplumsal başarıları ve bireysel iyilik hali, nesnel yaşantıları ve öznel duyguları bir bütün olarak memnuniyet verici bir yaşamın niteliğini oluşturur. Yaşam niteliği düzeyinin saptanması, uygulanan hizmet ve

tedavinin sonuçlarını da değerlendirebilme olanağını sunar. Bu değerlendirmeyi yapabilmek , yaşam niteliğinin saptanmasına bağlıdır. Bu temel amaç doğrultusunda, araştırmanın alt amaçları şunlardır:

1-Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin yaşam niteliği ile pozitif-negatif belirtiler arasındaki ilişkinin araştırılması

2-Şizofrenik bozukluğu olan bireylerde Psikososyal Beceri Eğitimi almış olma ile yaşam niteliği arasındaki ilişkinin araştırılması

3-Şizofrenik bozukluğu olan bireylerde yaşam niteliği düzeyinin saptanması

4-Bireylerin tanıtıcı özelliklerini belirleme

5-Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin, yaşam niteliğini etkileyen etkenleri (yaş, cinsiyet, aile tipi, eğitim düzeyi, çalışma durumu,sağlık güvencesi, gelir düzeyi, en uzun süre yaşanılan yer, hastalık süresi, başlangıç yaşı, hastalık alt tipi, hastaneye yatış sayısı, dernek ya da grup üyesi olma durumu, sağlık eğitimi alma durumu, psikososyal beceri gruplarına katılma durumu ve diğer destek tedavileri alma durumu) incelemek.

Şizofrenik bozukluğu, sadece birey için değil, aynı zamanda aile, akrabalar ve arkadaşlar için de kaygı verici bir yaşantıdır. Psikiyatri kliniklerinde hastayı anlamaya ve ona yardımcı olmaya çalışan bir sağlık ekibi vardır. Oysa hastalar bir süre, hastanede tedavi gördükten sonra, taburcu olmakta ve yaşadıkları ortama geri dönmektedirler (15,35,50,61).

Toplum içinde yaşamaya hazırlanmadan taburcu olan hastalar, kısa bir süre sonra yeniden hastalanmakta ve hastaneye yatmaktadırlar. Bu kısır döngü hasta ve yakınları üzerinde pek çok olumsuz psikososyal etkiler yaratmaktadır.(61,67,70)

Şizofreni tedavisinde yaygın olarak kullanılan ve çoğu kez ilaç tedavisi ve destekleyici psikoterapi ile sınırlı kalan alışılmış rutin tedavilerin dışına çıkarak, optimal bir tedavi oluşturmak ve bu modelin klinik ve sosyal yararlarını saptanması büyük önem taşımaktadır.

Optimal tedavinin temel hedefi, hasta ve hasta yakınlarını kendilerine uygulanan tedavinin edilgen seyircisi olmaktan çıkarıp, etkin katılımcısı olmalarını sağlamaktır. Bu amaç doğrultusunda, optimal psikososyal tedavini, hastalığın uzun süren pozitif belirtileri ve negatif belirtileri üzerine olan etkisiyle hasta bireyin yaşam niteliğini etkileyebilir. Bu tedavinin sosyal işlevler, yaşam niteliği üzerindeki etkinliği, hastaneye yatış süre ve sıklığı üzerine etkileri; ilaç yan etkileri üzerindeki etkileri ve hastaya bakım verenlerin zorlanma düzeyi üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi önemlidir. Psikososyal tedavilerin etkinliği de, ekip çalışması anlayışı içinde yürütüldüğünde ve hasta ve ailesinin de bu sürece katılımıyla birlikte artar. Psikiyatri hemşireleri, ruhsal hastalığı olan kişilere psikososyal hizmetleri sağlayan multidisipliner ekibin bir parçasıdır. Yataklı tedavi birimlerinde psikososyal girişimlerin gelişmesiyle, akut yatışların olduğu psikiyatri servislerinde çalışan psikiyatri hemşirelerinin rolleri ve sorumlulukları da gelişmiştir. Hastanın eğitimi, sosyalizasyonu, psikososyal beceri eğitimi programları, psikoeğitsel aile programları hemşirelik aktiviteleri içinde yer almaktadır. Hemşire, tedavide hasta ailesi ile klinik, ev ziyaretleri, sosyal aktivitelerde daha aktif olduğu için, eğitim, danışma, terapi rollerini kullanarak hasta ve ailelerine uygulanabilir teknikler ve hastalık bilgisini sağlayabilir. Yine hemşire hasta, aile ve diğer sağlık personeli arasındaki devamlılığı sağlayarak tedavideki kesintileri azaltır. Böylece ruh hastalıklarındaki tekrarlarla azalma ve bireylerin topluma yeniden katılması ruhsal sorunu olan birey ile yaşayan aile üyelerinin ruh sağlığının korunması gibi önemli sorunlarına çözüm getirmiş olur.(58,65,69,70)

1.4. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

1. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerde yaşam niteliği ile hastalığın negatif, pozitif belirtileri arasında ilişki bulunmaktadır..

2. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerde yaşam niteliği ile hastalığın negatif, pozitif belirtileri arasında ilişki bulunmamaktadır.

1.5.SAYILTILAR

1. Araştırma düzenekleri, araştırmanın amaçlarını gerçekleştirebilecek kapasitededir.
2. Araştırmaya katılan tüm denekler eşit koşullarda testlere tabi tutulmuşlardır.

1.6. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma kapsamına alınan hastaların;

- Akut tedavi tamamlanmış ve hastalık semptomlarının stabil olması,
- Kesin şizofreni tanısı almış olması,
- 18 yaşından büyük olması,
- Ayaktan tedavi alması, hastanede yatmıyor olması,
- Okuryazar olması,
- Gönüllü olması.

1.7. TANIMLAR

Şizofreni: Genellikle ergenlik döneminin sonlarında ya da genç erişkinlik döneminde görülen, çeşitli derecelerde ve biçimlerde duygu, düşünce ve davranış bozuklukları, içe kapanma ve gerçeklerden uzaklaşma ile karakterize bir psikozdur (34,48).

Yaşam niteliği: Bireyin toplumsal gereksinim ve beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu fırsatlardan yararlanmasıdır (54).

Günlük işlevsellik: Bireyin kendine bakım, iş ve kişiler arası ilişkiler gibi önemli işlevsellik alanlarındaki yeterlilikleridir (69).

1.8. GENEL BİLGİLER

1.8.1.SAĞLIK, RUH SAĞLIĞI VE BOZUKLUĞU

İnsan biyo-psiko-sosyal bir varlıktır. Bireyin yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için bu üç ögenin birbirleriyle karşılıklı etkileşmesi ve dengeli bir ilişki içinde olması gerekir. Dünya Sağlık Örgütü' de sağlığın tanımını yaparken bu üç ögeye yer vererek, sağlığı 'fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak' tanımlamıştır.(3,45).

Sağlıklı olarak tanımlanan her kişide sağlıksız özellikler, hasta olarak tanımlanan kişilerde de sağlıklı yanlar bulunabilir. Sağlık ve hastalık arasında çoğu kez kesin bir sınır çizilemediği, bireylerin hem sağlık hem de hastalık potansiyelini birlikte taşıdıkları bilinmektedir. Sağlık ve hastalığın kesin tanımı gibi, bilimsel açıdan normal ve normal dışı davranışların ayırımını yaparken de kullanılacak kesin bir ölçüt yoktur. Ruh sağlığının bittiği, hastalığın başladığı sınırlar kesin değildir. Ruh sağlığı tanımının yapılmaya çalışıldığı birçok görüş bulunmaktadır. Bu görüşleri de kapsayacak şekilde ruh sağlığı, 'Bireyin kendi kendisiyle, çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge, düzen ve uyum sağlayabilmek için gerekli çabayı sürdürebilmesi' olarak tanımlanabilir (23,41,43,49).

Ruh sağlığı bozulan kişi genellikle duygu, düşünce ve davranışlarda, değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik özellikleri taşır. Her kişide tutarsız, uygunsuz ve yetersiz davranışlar görülebilir. Hasta sayılacak kişide bu özelliklerin az çok sürekli, ya da yineleyici olması, şiddeti, ortaya çıktığı çevre, toplum, kültür ortamı, kişilik gelişimi içindeki yeri, kişinin olanak ve yetenekleri, gerçekle bağlantısı, denge ve uyumunu

bozup bozmaması, bireyin verimli çalışması gibi birçok değişkene göre değerlendirilir (45,49).

1.8.2. ŞİZOFRENİK BOZUKLUK

1.8.2.1. TANIM

Şizofreni, genellikle genç yaşta başlayan, insanın kişiler arası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak, kendine özgü bir içe kapanım yaşadığı; duygu, düşünce ve davranışlarda önemli bozukluklarla giden bir psikozdur (32,35,48,49).

1.8.2.2. TARİHSEL GELİŞİM

Şizofreninin tarihsel altyapısı, on dokuzuncu yüzyılın sonlarına ve 1896'da Kraepelin tarafından erken bunamanın (dementia praecox) tanımlanmasına dayanmaktadır. Kraepelin'in bir diğer önemli katkısı, günümüzün şizofreni kavramı içinde önemli yer tutan pozitif-negatif belirti ayrımının kavramsal çerçevesini hazırlamış olmasıdır. Kraepelin bozukluğun üç ayrı tipini tarif etti: hebefrenik, katatonik ve paranoid (12,16,23,28,33,35,47,48,57).

Bleuler 1911'de, hastalığı yunanca 'zihnin bölünmesi, yarılması' anlamına gelen 'schizophrenia' olarak adlandırmıştır. Bozukluğun temel özelliği olarak zihinsel işlevlerdeki çözülmenin yani dissosiyasyonun varlığını vurguladı. Çözülmenin başlıca göstergesi çağrışımlardaki gevşemedir. Bozukluğu tanımlayan diğer özellikler, duygulanımda sığlaşma, uygunsuz duygulanım, ambivalans, otizm ve dikkat bozukluğudur (6,57).

Meyer, şizofreninin kişinin geçmişinde yaşadığı çeşitli toplumsal, psikolojik ve fiziksel etmenlerden etkilenen bir yaşamın, doğal sonucu olduğuna inanmıştır (28).

Freud, şizofreniyi insan ilişkilerindeki çatışma ve engellenmelere karşı tepki sonucu, 'birincil özseverlik' (narsisizm) dönemine gerileme (regresyon) sonucunda ortaya çıkan klinik bir tablo olarak ele almıştır (23,28).

Schneider, psikopatolojik fenomenlerin tanımında anormal ‘deneyimlerle’ anormal ‘ifadeleri’ ayırdı. Anormal deneyim; algı, duyu, his, dürtü ve istenç bozuklukları anlamına gelmektedir. Anormal ifadeler ise konuşma, yazma, mimik ve hareket bozuklukları ile ilişkilidir. Schneider, şizofrenide en sık rastladığına inandığı belirtilere ‘birinci sıra belirtiler’ adını vermiştir. İşitme varsanları, kendi düşüncelerinin yüksek sesle söylendiğini işitme, dış güçler tarafından beden etkilenmesi, düşünce çalınması ve düşünce sokulması gibi sanrı ve varsanılardan oluşan bir grup belirtiyi ‘birinci sıra belirtiler’ olarak adlandırmış ve şizofreni tanısında bunlara öncelik vermiştir (16,28,34,57).

1.8.2.3. EPİDEMİYOLOJİ

Şizofreni her toplumda en sık görülen bozukluklardan biri olmakla birlikte, etiyojisi bilinmeyen bir bozukluktur. Sıklık ve yaygınlığına ilişkin veriler farklı nedenlerle oldukça çeşitli sonuçlar bir bildirmektedir. Yıllar boyunca, klinik tabloyu belirleyebilmek ve bu durumu başka bozukluklardan ayırt edebilmek amacıyla bir dizi farklı bulgu ve belirti tanımlanmıştır (3,34,49,57).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, Avrupa ve Asya’da şizofreni sıklığı binde 0.85’tir (49).

ABD’de, şizofreninin bir yıllık yaygınlığı %1, yaşam boyu yaygınlığı %1.4 olarak saptanmıştır. Ülkemizde de hastalığın bir yıllık yaygınlığı %1 olarak saptanmıştır. Şizofreninin toplumda yaşam boyu yaygınlığı %1.4 olmasına rağmen, bu oran cezaevlerinde %6.7, bakım kurumlarında %3.8, akıl hastanelerinde %20.4 olarak belirlenmiştir (34).

Arıhan (1998), Sivas ilinde şizofreni yaygınlığının araştırıldığı bir çalışmada şizofreninin bir yıllık ve yaşam boyu yaygınlığının %0.5 oranında saptandığını belirtmektedir(5).

Risk Etkenleri

Cinsiyet

Kadın ve erkeklerde aynı oranda görülmektedir. Kadın ve erkekte hastalığın başlama yaşı ve gidişinde farklılıklar gözlenmektedir. Kadınlarda başlama yaşı 25-35, erkeklerde 15-25 dolayındadır (5,12,34,47,48).

Yaş

Hastalığın başlangıç yaşı 15 ile 40 yaş arasında değişmesine rağmen hastaların %90'ı 15-25 yaş grubundadır. Bozukluk genellikle ergenlikte ya da genç erişkinlikte başlasa da, çocuklukta ya da ileri yaşlarda da başlayabilir (5,34,47,48,57).

Toplumsal sınıf

Şizofreni her toplumda ve her tür sosyoekonomik durumda görülmektedir.Şizofreninin tüm kültürlerde ortaya çıktığı iyi bilinirken, gelişmekte olan ülkelerle endüstriyel açıdan gelişmiş ülkeler arasında semptomatoloji bakımından belirgin farklılıklar olduğu belirtilmektedir. Gelişmiş toplumların düşük sosyoekonomik kesimlerinde daha sık olduğu görülmüş, ancak düşük sosyoekonomik düzeyin, hastalığın nedeni mi yoksa sonucu mu olduğu henüz aydınlatılamamıştır (5,28,34,47,48,57).

Medeni durum

Şizofreni tanısı almış kişiler arasında evlilerin oranı, toplum ortalamasının altındadır. Şizofreni hastalarının medeni durumu ile ilgili olarak iki görüş öne sürülmektedir. Yalnız yaşamak kişide şizofreniye yatkınlığı artırıyor olabilir ya da bu kişiler, hastalık nedeniyle aile kurmakta güçlük çekmekte ve daha sık boşanmaktadırlar (5, 28).

Stres verici yaşam olayları

Önemli yaşam olayları ani ve beklenmedik bir şekilde hastalığın ortaya çıkmasında tetikleyici etkenler arasında yer almaktadır. Bu tür sorunlar yalnızca yatkınlığı olan kişilerde şizofreniye yol açmaktadır. Şizofreni tanısı almış kişilerde psikotik atakların ortaya çıkmasında stresin önemli bir katkısı vardır. Strese ile baş etme eşiği düştükçe psikoz eşiği de düşer (5,35,57).

Doğum mevsimi

Şizofrenide hastaların daha çok ilkbahar ve kış aylarında doğdukları saptanmıştır. Bu mevsimlerde fetüs beyninde değişik etkilere neden olabilecek çevresel etmenlerin (ısı, diyet, viral ajanlar vb.) erişkin dönemde şizofreniye neden olabileceği görüşü öne sürülmektedir (11,28,34,47,49).

Göç

Şizofreninin göçmen kişiler arasında daha sık görüldüğüne ilişkin bazı yayınlar vardır. Ancak göçmenliğin yarattığı sorunların doğrudan şizofreniye yol açtığı gösterilebilmiş değildir. Göç de doğum, evlenme, boşanma, bir aile üyesinin kaybı ve benzeri durumlarda olduğu gibi kişi için önemli stres verici yaşam olayları arasındadır (5,12,27,32).

1.8.2.4. ETİYOLOJİ

Şizofreni etiyojisi bilinmeyen bir bozukluktur. Son yıllarda bozukluğun varlığını doğrulayabilecek, klinikte yararlı olabilecek laboratuvar testleri ya da biyolojik belirteçler ortaya koymak üzere çok sayıda girişimde bulunulduğu halde, tanı esasen hala klinik ölçütlere dayalıdır. Birçok otorite, tek bir teorinin bu bozukluğu tatmin edici bir şekilde

açıklayamaması nedeniyle şizofreniye neden olan çoklu faktörü önerir. Oluş nedenlerine yönelik araştırma ve varsayımlar aşağıdaki başlıklar altında incelenebilir (32,48,49,57).

KALITIMSAL NEDENLER

Şizofrenide genetik yatkınlığın önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir. Kalıtımla ilgili yapılan birçok çalışmanın sonucuna göre birden fazla gene bağlı, çok etmenli bir geçişin söz konusu olduğu düşünülmektedir. Bu alandaki çalışmalar dört ana başlık altında toplanabilir:

1. Aile Araştırmaları

Şizofreni nedenleri hakkında sahip olunan en büyük ip ucu sıklıkla bazı ailelerde yoğunluk kazandıdır. Bu gözlem 20. yüzyılın ilk yıllarında yapılmış olsa da ailevi yoğunluğun gerçekten genetik bir etki olup olmadığı konusu yakın zamana dek tartışılmıştır(57).

Şizofreni tanısı almış kişilerin yakınlarında şizofreni görülme oranı 5-10 kat daha yüksek bulunmuştur. Ancak şizofrenideki bu ailesel yatkınlığın ne oranda genetik ne oranda çevresel etkenler tarafından belirlendiği açık değildir (34).

2. İKİZ ARAŞTIRMALARI

İkizlerle yapılan çalışmalarda incelenen şizofrenili probandlar tek yumurta ya da çift yumurta ikizleridir. İki ikiz tipindeki uyum oranları ikiz kardeşteki şizofreni oranı değerlendirilerek karşılaştırılır. Toplum zemininde yapılan çalışmalar sonucunda varılan ortak kanı uyum oranının tek yumurta ikizlerinde yaklaşık %45, çift yumurta ikizlerinde ise %15 olduğudur (57).

Şizofrenide genetik riskler incelendiğinde; erkek veya kız kardeşlerin etkisi %10, bir ebeveynin etkisi %35, ikinci derece akrabaların etkisi %2-3, hiç ilişki olmaksızın etkinin %1 olduğu belirtilmiştir (32,34).

3. EVLAT EDİNME ARAŞTIRMALARI

Evlad edinilmiş çocuklarda yapılan çalışmalar, aile ortamı kontrolünün zor olması nedeni ile genetik etki konusunda daha net kanıtları sunmaktadır. İleri dönük takiple gerçekleştirilen evlat edinme çalışmalarında şizofrenik annelerin doğurduğu ve doğumda normal ailelerce evlat edinilmiş çocuklar izlenerek şizofreni gelişen çocuk sayısı normal annelerin evlat edinilmiş çocuklarından oluşan kontrol grubuyla karşılaştırılır. Geriye dönük çalışmalarda doğumda evlat edinildiği bilinen bir şizofrenik erişkin grubuyla başlanır. Ardından biyolojik ebeveynler saptanarak ebeveynlerdeki hastalık oranı evlat edinilmiş kontrol grubunun ebeveynlerindeki hastalık oranıyla karşılaştırılır. İki yöntem sonucunda da şizofreniye yatkınlık yaratan faktörün evlat edinilen ebeveynden ziyade biyolojik anne baba olduğu gösterilmiştir (28,67).

Şizofreni tanısı alan evlatlıkların biyolojik akrabalarında şizofreni görülme oranı daha yüksektir (34,57).

4. MOLEKÜLER GENETİK ARAŞTIRMALARI

Şizofrenideki güncel kanı hastalığın bazı şüpheli genlerin penetransı üzerine çevresel faktörlerin etki etmesiyle ortaya çıkan poligenik bir bozukluk olduğu yönündedir.

Moleküler genetik araştırmalarında elde edilen en ısrarlı bulgu, en az iki kuşak boyunca hastalığı gösteren ailelerde 5. kromozom üzerinde bir lokusun varlığıdır. 11,18,19 ve X kromozomlarının şizofreni ile ilişkili olabileceğini ileri süren çalışmalar vardır (32,34,48,57).

BİYOLOJİK NEDENLER

Biyokimyasal Nedenler

Beyin hakkında edinilen bilgiler arttıkça ve beyin biyokimyasını araştırmaya yönelik teknikler geliştikçe sayısız araştırma yapılmıştır. Günümüzde majör biyokimyasal patofizyolojik hipotezler halen geleneksel nörotransmitterlerle ilgilidir. Araştırılan nörotransmitter sistemleri dopamin, serotonin, norepinefrin, glutamat ve gama amino bütirik asit (GABA)'in artışı üzerinedir (32,34,48,49,57).

Fonksiyonel Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Şizofreni belirtileri altında yatan neden ne olursa olsun, beyin fonksiyonlarında bir bozukluk olduğu açıktır. Bu nedenle beyin fonksiyonundaki bozuklukları gösteren tarama teknikleri kullanılmıştır. Beynin yapısal özelliklerini gösteren ve pnömoensefalografi ile başlayan araştırmalar bilgisayarlı beyin tomografisi ve manyetik rezonans görüntülemesini kullanarak sürdürülmüştür. Elde edilen sonuçlar arasındaki en önemli bulgu şizofrenik kişilerde yan ventriküllerin genişlemiş olmasıdır (25,28,35).

Beynin işlevsel özellikleri ile ilgili çalışmalar, bölgesel beyin kan akımının ve beyin glikoz kullanımının pozitron emisyon tomografisi ve tek foton emisyon tomografisi kullanılarak ölçülmesine dayanmaktadır. Şizofrenide frontal bölge kan akımında ve glikoz metabolizmasında azalma söz konusudur (35).

Psikofizyoloji Çalışmaları

Psikofizyoloji çalışmaları, göz hareketlerindeki işlev bozukluğu ve EEG bulguları üzerinde odaklanmaktadır. Hareket halindeki cismi gözle izlemedeki bozukluklar şizofrenik hastalarda ilaç ve klinik durumdan bağımsız olarak görülmüştür, bu durumun hastaların

birinci derece yakınlarında da görülmesi dikkati çekmiştir. Bugüne kadar şizofreniye özgü bir EEG bulgusu saptanmamıştır (35).

PSİKOSOSYAL NEDENLER

Psikodinamik Görüşler

Psikoanalitik görüşe göre, şizofrenide ruhsal ya da biyolojik nedenlerle libido gelişmesi narsistik bir düzeyde saplanır kalır. Yaşamın sonraki dönemlerinde, değişik stresler ile benlik bu ilkel düzeye geriler (regresyon) ve libido nesnelere çekilerek benliğin kendisine yönelir (ikincil narsisizm). Bu durumda kişinin çevresiyle ilişkileri azalır. Bu gerileme durumu, çocukluktan başlayarak temel güven duygusunun sağlanamaması, sürekli düş kırıklığı ve kişiler arası ilişkilerin bozukluğu yüzünden olabilir. İçeride kapanım ve şizofreninin diğer belirtileri bir çeşit savunma ve uyum biçimidir (24,35,48,49).

Aile Varsayımları

Aile içi dinamiklere ve etkileşimlere önem veren kuramcılar ampirik kanıtlara dayanan, bozukluğun ortaya çıkışında önemli görülen etkenleri kavramlaştırmaya çalışmışlardır. Sullivan (1920) sosyal ve çevresel faktörlerin önemi ve aile içi iletişim üzerinde durmuştur. Wynne ve Singer (1960), aile içinde yalancı sevgi ve birlikteliğin çok sık görüldüğünü vurgulamışlar, şizofrenlerin ailelerinde çarpık iletişimlerden söz etmişlerdir (9,24,48,53).

Orhan Öztürk'ün belirttiğine göre; psikoanalizin kurucusu Freud şizofrenik düşünce biçiminin düşlerdeki gibi ilkel ve sembolik oluşuna dikkati çekmiştir. Şizofrenide doğuştan yapısal bir yatkınlığın, bir ego zayıflığının ve birincil narsistik duruma kolayca gerileyebilme eğiliminin olduğunu vurgulamıştır (49).

1.8.2.5. PRODRAM BELİRTİLER VE BAŞLANGIÇ

Şizofreninin aslında, ilk başvuru sırasında ya da ilk psikotik belirtilerle birlikte başlamadığı uzun bir süredir bilinmektedir. Bozukluğun erken bulguları genellikle prodrom bulgular ve prodrom belirtiler olarak bilinmektedir (57).

Son yüzyılda, şizofreninin ne zaman ve ne tür belirtilerle başladığı ve ilk psikotik atağın başlangıcına kadar olan döneme kadar nasıl bir seyir izlediği sorusu hep sorulmuştur. Bu soru, ilk bulgunun ortaya çıkışı ile tablonun yerleşmesi arasında geçen zamanı öngörmeyi ve bozukluğun gerçek başlangıcının öncesindeki belirti ve bulguların saptanmasını sağlayabilecek birçok araştırmaya öncülük etmiştir (27,56,57).

Başlangıçta, şizofreni ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde başlayan bir bozukluk olarak tarif edilmiş olduğu halde, bugünkü araştırmalar, şizofreninin ileri yaşlarda ortaya çıkabileceğini, hatta çocuklukta başlayabileceğini göstermektedir. Hafner ve arkadaşları tarafından bildirildiği gibi, şizofreni her yaşta görülebilecek bir bozukluktur(25,30).

‘Geç başlangıçlı şizofreni’ terimi, Mehmet Sungur’un belirttiğine göre; 40 ile 60 yaş arasında başlayan şizofreniyi tanımlamak için, Manfred Bleuler tarafından kullanılmıştır (57).

1.8.2.6. KLİNİK BELİRTİLER VE BULGULAR

Genel görünüm ve davranış

Şizofreni çok heterojen görünümlü bir bozukluk olduğundan tipik bir genel görünüm tanımlanamaz. Hastaların çoğunda ilgisizlik, donukluk ve çekingen bir görünüm vardır. Uzun süre hasta olanlarda bakımsızlık, dağınık genel görünüm ve temizlenmeme belirtileri olabilir. Çoğu hastada hareket bozuklukları, ileri derecede ilgisizlik ve toplumdaki geri çekilmedir. İleri derecede bir durgunluk ve ilgisizlikten, aşırı taşkınlığa kadar değişik görünümlerde olabilir. Kalıplaşmış yineleyici el, kol, beden devinimleri (stereotipi), devinim yankılanması

(ekopraksi), garip yüz, göz devinimleri (manyerizm), belli bir durumda donmuş gibi kalma (katatoni) görülebilir. Nadir görülse de, beklenmedik bir şekilde ajite ve saldırgan davranabilirler (4,17,34,40,48,49).

Konuşma ve ilişki kurma

Şizofrenik bozukluğun türüne, ağırlığına ve dönemine göre çok değişiklikler gösterir. Konuşmada düzensizlik, dağınıklık, hızlanma, yavaşlama, fakirleşme, abuk sabukluk, stereotipi, ekolali, çocuksuluk, çok konuşma, hiç konuşmama (mutizm) gibi çok değişik belirtiler olabilir. Ses tonu genellikle tekdüzedir ve duygulanımı belli etmez. Hastanın ilgi ve dikkatinde azalma, konuşma bozuklukları ve diğer belirtiler nedeniyle ilişki kurmak genellikle çok zordur (17,46,49).

Duygulanım

Şizofrenide olaylara duygulanım tepkisi az ya da yoktur. Duyguların dışavurumunda bir yetersizlik olduğundan, hastaların soğuk ve ilişki kurması çoğunlukla güç olduğu görülür. Şizofrenide zamanla duygularda küntleşme, sığılık, yüzeleşme belirginleşir. Bazen de acayip, yersiz, anlamsız gibi görünen gülmeler, ağlamalar, taşkınlıklar ve duygulanımda uygunsuzluk görülebilir. Ancak bu belirtiler hastaların duygusuz olduklarını, acı çekmediklerini, sıkıntılarının olmadığını göstermez (17,34,40,44,48,49).

Bilişsel yetiler

Bilinç açık, bellek ve yönelim genellikle yerindedir. Zeka genellikle gerileme göstermez. Ancak ağır yıkım gösteren süregen hastalarda zeka da gerileme izlenimi elde edilebilir; bellek bozukluğu belirtileri olabilir. Fakat bu bulgular hastanın ilgi azlığına ve dikkat dağınıklığına bağlıdır (28,49).

Şizofrenide ağır algılama bozuklukları olur. Dikkat çabuk dağılır. Çevredekilere ilgi azalır ve bu nedenle algılama da azalmış gibidir. Bazen de algı artması ve keskin algılama olur. Niteliksel olarak önemli algı bozuklukları varsanılar (hallüsinasyon) ve yanılsamalardır (illüzyon). Şizofrenide en sık işitme varsanıları görülür. Bunlar genellikle korkutan, hor gören, aşağılayan, olumsuz sözler, küfürler, emir veren komutlar, yaptığı eylemleri tanımlatıcı seslerdir. Somatik, dokunma, koku, tat ve görme varsanıları şizofrenide daha az sıklıkta görülür (17,35,40,48,49).

Şizofrenide bireyin kendi zihninde olup bitenlerle dış dünyadaki olup bitenleri ayırt edebilme yetisi oldukça bozulmuştur. Şizofreniklerde sıklıkla, zihindeki istekler, eğilimler, korkular somut bir nitelik ve gerçeklik kazanabilirler. Soyut kavramlar, somut bir biçimde yorumlanır. Farklılık ve benzerlikleri kavrama yeteneği yitirilebilir (17,34,40,44,48,49).

Düşünce

Düşünce biçimi ve akımı (çağrışımlar) : Düşünceyi oluşturan sözcükler, semboller arasındaki mantıksal zincir kopar, ya da bozulur. Düşünce zaman zaman durmalar (blok), bir düşünceden ilgisi olmayan bir başkasına kaymalar, sapmalar, düşüncelerin çok yoğun olarak zihne üşüşmesi ile oluşan düşünce basıncı ve sıkışması, düşüncenin dağılması, parçalanması görülür. Hasta, düşüncede anlamdan çok sözcüklerin akımına, ahengine, kafiyesine kendini kaptırır (klang çağrışım) ve yeni sözcükler, kavramlar türetir (neolojizm). Düşünce soyutluktan çıkarak somutlaşır. Ağır vakalarda konuşma karmakarışık (enkoheran) anlamsız gibi görünen bir 'sözcük salatası' haline gelebilir. Düşünce çocuklaşır (regresif düşünce) (8,27,49).

Düşünce içeriği : Hastada hipokondriyak, mistik, metafizik uğraşlar, çeşitli saplantılar, çocukluk çağına ilişkin garip anılar sık görüldüğü gibi, en önemli düşünce bozuklukları sanrılardır. Sanrılar genellikle düzensiz, tutarsız, dağınık ve acayıptir. Başlıca

görülen sanrı tipleri; kötülük görme, büyüklük, kıskançlık, mistik, somatik, alınma, etkilenme, dinsel, düşünce okunması, düşünce yayınlanması, düşünce çalınması, düşünce sokulması sanrılarıdır (12,17,34,40,48,49).

Hareket

Genel davranış ve harekette en sık ve önemli belirti ağır ilgisizlik, eylem azlığı ve toplumdandan çekilmedir. Devinimi başlatma ve sürdürmede bir yetersizlik vardır. Bu nedenle kişiler, kendine bakım ve temizlikle ilgili işlevleri yerine getirememekte, düzenli bir iş ya da okul yaşamını sürdürmekte güçlük çekmektedirler (34,40,49).

Fizik ve fizyolojik belirtiler

Ek bir hastalık yoksa fizik muayene bulguları normaldir. Bazı hastalarda aşırı yeme, kilo alma, bazılarında yememe ve zayıflama olabilir. Şizofreni hastalarında uyku ve uyku-uyanıklık düzeni çok bozulabilir. Aşırı uyuma, ağır uykusuzluk, gündüz uyuyup gece uyumama gibi durumlar alışkanlık derecesinde olabilir (49).

Negatif ve Pozitif Belirtiler

Pozitif belirtiler normalin dışında fazlalık, aşırılık ve sapmalar olarak ortaya çıkan belirtilerdir. Pozitif belirtiler her türlü düşünce bozukluğu, sanrılar, varsanılar, katatonik, hebefrenik dezorganizasyon belirtileri ve konuşma bozukluklarıdır (36,46,49).

Negatif belirtiler ise normal işlevlerde eksiklik ya da yokluk, 'defisit' belirtileridir. Bunlar; sosyal çekilme, ilgi azalması, vurdumduymazlık, duygusal tepkilerde azalma ya da küntlük, düşünce ve konuşma fakirliği, enerji ve isteğin azalması, psikomotor yavaşlama, normal olarak beklenen davranışların (temizlik, kendine bakma, sorumluluk alma vb.) körelmesi gibi belirtilerdir (4,8,20,49,57).

Şizofreninin aktif döneminde, epizodlarda ya da akut başlayan bozukluklarda pozitif belirtiler, epizodların yatıştığı fakat bozukluğun kronikleştiği hastalarda negatif belirtiler daha sık görülür (57).

Şizofrenide Depresyon

Şizofreni hastalarının %25'inde depresif belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler akut alevlenme ve psikozdan çıkış dönemlerinde daha sık görülmektedir (2,17,30,31,49).

1.8.2.7. TANI ÖLÇÜTLERİ VE SINIFLANDIRMA

Yıllar boyunca, farklı araştırmacılar tarafından şizofreniye özgü başka kesin tanı ölçütleri geliştirilmiştir. Günümüzde kullanılan çeşitli alt ölçütlendirme sistemleri arasında; Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders; DSM-4 (APA 1994), Dünya Sağlık Örgütü'nün Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (ICD-10) (DSÖ, 1992) tanı sistemleri ve Negatif / Pozitif (N / P) tanı sistemi, Andreasen ve Olsen (1982) güncelliğini koruyan sistemlerdir (13,21,57).

DSM-IV kriterleri

DSM-IV çok eksenli bir sistemdir ve birçok eksenle değerlendirmeyi kapsar. Bunlardan her biri tedaviyi planlamaya ve sonlanımı öngörmeye yardımcı olacak, değişik alanda bilgi verir. DSM-IV çok eksenli değerlendirmesinde beş eksen vardır :

Eksen I : Klinik Bozukluklar, Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar

Eksen I, Kişilik Bozuklukları ve Mental Retardasyon dışında sınıflandırmadaki bütün bozukluklar ve durumları göstermek içindir (13,33).

Eksen II : Kişilik Bozuklukları, Mental Retardasyon

Eksen II, Kişilik Bozuklukları ve Mental Retardasyonun ayrı bir eksende gösterilmesiyle, genelde belirtileri daha belirgin olan Eksen I bozukluklarına yönelindiğinde gözden kaçabilecek Kişilik Bozuklukları ve Mental Retardasyonun da olabileceğinin göz önünde bulundurulmasını sağlar (13,33).

Eksen III : Genel Tıbbi Durumlar

Eksen III, kişinin mental bozukluğunu anlama ya da ele almayla olası ilişkisi olabilecek, o sıradaki genel tıbbi durumları göstermek içindir. Mental bozukluklar, fizik ya da biyolojik etkenlerle ya da süreçlerle ilişkisizdir ya da genel tıbbi durumlar davranışsal ya da psikososyal etkenler ya da süreçlerle ilişkisizdir denemez. Genel tıbbi durumları ayırmadaki amaç kusursuz bir değerlendirme yapmaya yönlendirmek ve sağlık sektöründe çalışanlar arasındaki iletişimi artırmaktır (13,33).

Eksen IV : Psikososyal ve Çevresel Sorunlar

Eksen IV, mental bozuklukların tanı, tedavi ve prognozlarını etkileyebilen psikososyal ve çevresel sorunları belirtmek içindir. Psikososyal ya da çevresel bir sorun, olumsuz bir yaşam olayı, çevresel bir zorluk ya da eksiklik, ailesel ya da diğer bir kişilerarası stres, toplumsal desteğin ya da kişisel dayanıkların yetersizliği ya da kişinin zorluğunun olduğu alanla ilgili diğer bir sorun olabilir. Psikososyal sorunlar bir mental bozukluğun başlaması ya da alevlenmesinde rol oynamalarının yanı sıra kişinin psikopatolojisinin bir sonucu olarak da gelişebilirler ya da genel ve şizofrenide olduğu gibi temel tedavi planında göz önünde bulundurulması gereken sorunlar oluşturabilirler (13,33).

Eksen V : İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi

Eksen V, kişinin genel işlevsellik düzeyiyle ilgili yargısını belirtmesi içindir. Bu bilgi, tedaviyi planlamak, bunun etkilerini ölçmek ve sonlanımı öngörmek için yararlıdır. Genel işlevselliğin Eksen IV'te belirtilmesi İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD) ölçeği kullanılarak yapılır. İGD ölçeği sadece psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliğe göre derecelendirilir (33)

DSM-IV dizgesinde, şizofreni tanısı tipik belirtilerin varlığına, bu belirtilerin asgari süresine, bozukluğun asgari süresine, sosyal/mesleki işlev bozukluğunun varlığına ve duygudurum bozukluğu, şizoaffektif ve diğer psikotik bozukluklar, genel tıbbi durumlar, madde ile ilişkili bozukluklar ve yaygın gelişimsel bozukluk ile ayırıcı tanıya dayanır (13,33).

Şizofreni için DSM-IV Kriterleri: (13,18,33)

A- Karakteristik semptomlar: (Aşağıdakilerden en az ikisi 1 aylık sürenin önemli bir kesiminde bulunmalı)

- Sanrılar
- Varsanılar
- Dezorganize konuşma
- İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranışlar
- Negatif semptomlar

B- Toplumsal / mesleki işlev bozukluğu: Çalışma, kişiler arası ilişkiler ya da öz bakım gibi önemli işlevsellik alanlarında, bozukluğun başlamasından önceki döneme göre belirgin bir azalma söz konusu olmalıdır.

C- Süre: Rahatsızlığın sürekli bulguları en az 6 ay boyunca devam eder.

D- Şizoaffektif bozukluğun ve duygudurumun dışlanması

E- Madde kullanımının / genel tıbbi durumun dışlanması

F- Bir yaygın gelişimsel bozuklukla ilişki: Otistik bozukluk ya da başka bir yaygın gelişimsel bozukluk öyküsü varsa, şizofreni tanısının da eklenmesi için, sanrılarının ya da varsanılarının en az bir ay sürmesi gerekir.

DSM-IV tanı sistemine göre şizofreni 5 alt tipe ayrılmaktadır.

1- Paranoid tip: Başlangıç genellikle yavaş ve daha geç yaştaadır. Klinik gidişi iyidir. Bu tipte düşünce içeriğinde bozukluk baskındır. Genellikle paranoid sanrılar, bu sanrılara eşlik eden algı bozuklukları, özellikle işitme varsanıları egemendir. Hasta, sanrılar yüzünden kendisini savunma davranışlarına geçer ve öfkeli, sert, kavgacı olabilir. Kişiler arası ilişkileri yapmacık ya da aşırı yoğunluktadır. Bu hastalar sıklıkla rahatsızlığı kabul etmezler ve belirtileri gizlemeye çalışırlar (3,18,21,22,48,49).

2- Katatonik tip: 15-25 yaşlarında başlar ve hareket bozuklukları baskındır. Çoğunda hasta belli bir duruşta uzun süre kalır ve dışardan yapılan ilişki kurma girişimlerine tepkisiz gibidir. Bu tipte katelepsi ya da stupor, aşırı motor aktivite, aşırı negativizm, postür alma, ekolali ya da ekopraksi izlenmektedir. Mutizm, balmumu katılığı, stereotipi ve mannerizm de izlenebilir. Ciddi beslenme sorunlarından dolayı halsizlik ve hiperpreksi gelişebilir (13,18,21,22,34,48,49).

3- Dezorganize tip: Genellikle genç yaşta, birden ve renkli pozitif belirtilerle başlayıp, sinsî bir gidiş göstermektedir. Bu tipte düşünce ve hareket bozuklukları baskındır. Kısa zamanda duygusal tepkilerde oynamalar (labilite), yüzeyellik, uygunsuzluk ve acayıplık ortaya çıkar. Dağınık ve düzensiz bir düşünce akımı içinde sistemsiz sanrılar, neolojizm, bloklar, stereotipik konuşmalar görülür. Hallüsinasyonlar daha sonra ortaya çıkar, benlik yıkımı hızlıdır (8,21,49).

- 4- **Ayrışmamış tip:** Şizofreni tanısını koyduracak belirtiler bulunur; fakat bu belirtiler paranoid, dezorganize, katatonik tiplerden birinin tanısını koyduracak biçimde ayrılmış değildir. Genellikle kötü prognozludur (13,18,20,21,22,48,49).
- 5- **Rezidüel tip:** Bir ya da birden fazla aktif şizofrenik epizoddan sonra daha çok negatif belirtilerin baskın olduğu kronik şizofrenik bozukluktur. Duygu küntlüğü, vurdumduymazlık, girişim ve eylem azlığı, sosyal çekilme, düşüncede somutlaşma ve fakirleşme, kendine bakımda azalma, apati gibi negatif duygular ön plandadır. Akut alevlenme dönemleri arasında bu belirtiler görülmektedir. Sanrı ve varsanılar akut alevlenme dönemlerinde görülebilir(8,18,28,49).

1.8.2.8. GİDİŞ VE SONLANIŞ

Şizofreni çok değişik gidiş ve sonlanım gösteren, genellikle süreğen ve yeti yitimine neden olan bir hastalıktır. Şizofreninin gidişine yönelik çalışmalar, tam iyileşmeden şiddetli sekel bırakan kronik formlara kadar değişebilen çok farklı gidiş tipleri olabileceğini göstermektedir. Bazı hastalar yalnız bir, bazıları birkaç epizod geçirmekte, bazı hastalarda da kronik belirtiler görülmektedir (49,57).

İyi Sonlanım Belirtileri (28,34,38,48,49).

Geç başlangıç

Açık tetikleyici etkenlerin varlığı

Hastalık öncesi uyumun iyi olması

Akut başlangıç

Evli olma

Ailede duygu durum bozukluk öyküsü

Sosyal destek sistemlerinin iyi oluşu

Pozitif belirtiler

Hayatta bir amaç veya yön olduğu duygusu; iş veya hobiler

Ailede şizofreni öyküsünün olmaması

Dengeli yaşam koşulları

Güvenli ve yapılandırılmış çevre

Fiziksel iyilik hali

Gerçekçi beklentiler, gelecekte umutlu olma.

Kötü Sonlanım Belirtileri (27,34,38,48,49).

Erken başlangıç

Tetikleyici etkenlerin yokluğu

Hastalık öncesi uyumun kötü oluşu

Sinsi başlangıç

Boşanmış, bekar veya dul olma

Ailede şizofreni öyküsü

Destek sistemlerinin iyi olmaması

Negatif belirtiler

Nörolojik belirti ve bulgular

Perinatal travma öyküsü

3 yıl içinde düzelme olmaması

Nüksler, özellikle pozitif semptomların yeniden ortaya çıkışıyla giden sık nüksler

Saldırganlık öyküsü

Madde kötüye kullanımı

Aşırı stres .

1.8.2.9. ŞİZOFRENİ TEDAVİSİ

Nedenleri, yapısı, tanı ölçütleri tam olarak aydınlatılmamış olan bu hastalığın tedavisi üzerinde oldukça değişik görüşler bulunmaktadır. Şizofreni tedavisinde çok yönlü yaklaşımların daha etkili olduğu düşünülmektedir. Şizofrenik hastanın tedavisinde ilaç (antipsikotik) tedavisi ve psikososyal tedavi yöntemleri (davranış, aile, grup, bireysel, sosyal beceri ve rehabilitasyon tedavisi) kullanılmaktadır. Şizofreninin prognozuyla ilgili yapılan çalışmalarda, ilaç tedavisiyle psikososyal yöntemlerin bir arada kullanıldığı gruplarda alınan sonuçlar, bu tedavilerden herhangi birinin tek başına uygulandığı gruplara göre daha iyi sonuçlar vermektedir (24,48,49).

Şizofreni hastalarının kendi aile ve toplumsal ortamları içinde tedavi edilmelerinin çok önemli olduğu anlaşılmıştır. Hastaların uzun süre hastanede tutulmalarının, hastalığın doğasından ötürü, kişide oluşturduğu toplumsal izolasyonu daha da artırıp, çevreyle ilişkilerini ve bağlarını giderek koparmasına yol açtığı bilinmektedir (27,57).

Günümüzde gelişmiş ülkelerde, büyük kapasitede akıl hastaneleri yerine, hastalığın akut dönemlerinde girişim yapılabilecek, hasta ve ailesinin kolayca ulaşabileceği tedavi birimleri ve merkezleri bulunmaktadır. Bu merkezlerde kısa süreli yatırılan hastalar, tedavi konusunda işbirliği sağlayacak duruma gelince kendi ortamlarına gönderilip, tedavisine ayaktan devam etmesi sağlanmaktadır (27).

İlaç Tedavisi

Şizofreninin ilaç tedavisinde modern dönem, 1950'lerin başlarında klorpromazinin antipsikotik etkilerinin keşfedilmesiyle başlamıştır. Klorpromazin ve diğer dopamin antagonistleri olan klasik antipsikotiklerin (haloperidol) kullanıma girmesi ve yaygınlık kazanmasıyla şizofrenili hastaların tedavisi büyük bir değişimle hastane ortamından toplum ortamına kaymıştır. Hastalığın akut alevli dönemlerinin tedavisinde kullanılan antipsikotikler

en etkin ve ilk başvurulacak tedavi yöntemleridir. İlaçlara yanıt ve duyarlılık bireyden bireye farklılık göstermektedir. Etkin dozda ve düzenli olarak 4-6 haftalık kullanımdan sonra, her hasta için ayrı olan farmakolojik ilaç tedavisi değerlendirilmelidir (11,44,57,51).

Tipik antipsikotikler: Bu antipsikotiklerde birincil etki pozitif belirtiler (varsanılar, sanrılar ve pozitif biçimsel düşünce bozukluğu) üzerinedir. Şizofrenili hastalarda negatif belirtiler ya da bilişsel bozukluklardaki kullanımları sınırlıdır. Akut psikotik ataklarda bu ilaçlarla belirtiler tedavinin ilk haftasında gerilemeye başlar, genel durumda iyileşme ilk 6 haftada en yüksek düzeydedir (8,23,25,27).

Atipik antipsikotikler: Tipik antipsikotiklere yanıt vermeyen ya da ağır ekstrapiramidal yan etkileri nedeniyle bu ilaçları kullanmayan hastalarda serotonin-dopamin reseptör antagonistleri (klozapin, olanzapin, sülpirid, risperidon vb.)kullanılmaya başlanmıştır. Atipik antipsikotik olarak adlandırılan bu ilaçlar şizofreni tedavisinde yeni ufuklar açmıştır (48,57).

Antipsikotik İlaçların Yan Etkileri

Otonom Sinir Sistemi Üzerine Etkileri

Zıt Davranışsal Etkiler

1- Uyku hali

2- Nadir etkiler

-Depresyon

-Psikotik semptomlarda artış

-Gerçek dışı hissetme

-Aşırı duyarlılık psikozu

3- Konvüzyonel sendromlar

4- Çekilme semptomları

Alerjik ya da Toksik Etkiler

- 1- Granülasitoz
- 2- Dermatozlar
 - Sistemik dermatozlar
 - Kontakt dermatozlar
 - Işığa duyarlılık

- 3- Sarılık

Metabolik ve Endokrin Etkiler

- 1- Kilo alma
- 2- Feminizan etkiler
 - Galaktore-Jinekomasti
 - Amenore
 - Luteinizan hormon değişiklikleri
- 3- Şeker metabolizması üzerine etkiler
- 4- Troid hormon üzerine etkiler
- 5- Büyüme hormonu üzerine etkiler
- 6- Vücut ısısı değişiklikleri
- 7- Cinsel işlev üzerine etkileri

Diğer Etkiler

- 1- Toksik retinopati
- 2- Deri/göz sendromu
- 3- Yeni doğan üzerine etkiler
- 4- Dijestif bozukluklar
- 5- Elektroensefalografi üzerine etkiler
- 6- Ölümcül olaylar

-Nöroleptik malign sendrom

-Ani ölümler

-Akut solunum yetmezliği

Santral Sinir Sistemi Üzerine Etkileri

1- Ekstrapramidal yan etkiler

-Akatizi

-Distoni

-Akinetik sendrom

-Geç (tardiv) diskinezi

2- Konvülsif nöbet (23,27,30).

Elektrokonvülsif Tedavi

Sık uygulanan bir yöntem değildir.İlaçlara dirençli, çok ajite ya da katatonik hastalarda zaman zaman semptomatik yatıştırma amacı ile uygulanabilir (49).

Psikososyal Tedaviler

Sosyal işlevsellikte bozulmaya yol açarak yaşam niteliğinde düşme yaratan şizofreni hastalığının tedavisinde farmakolojik yaklaşımlar yanı sıra psikososyal girişimler de olmazsa olmaz uygulamalardır. Şizofrenide psikososyal tedaviler bireysel ve grup halinde uygulanan bilişsel davranışçı tedavilerden, destekleyici tedaviye, aile tedavisine, aile eğitimine, ruhsal eğitim gruplarına, sosyal beceri eğitimine ve rehabilitasyon hizmetlerine kadar çeşitli alanlarda olmaktadır (20,71).

Hastaların tedavi sürecinin aktif katılımcıları olmaları için sosyal ve yaşamsal becerileri öğrenmeyi etkileyen bilişsel ve duygusal engellerini aşmaları gerekmektedir. Sosyal

ve bağımsız yaşama becerilerinde yapılandırılmış ve sistematik bir eğitim bu engellerin üstesinden gelmeye yardımcı olur (39,77).

Ruhsal eğitimi, sosyal beceri eğitimini ve aile eğitimini de içeren bir yaklaşımın ülkemiz koşullarında şizofreni tedavisine önemli bir katkı sağlayacağı düşüncesiyle Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitimi programı hazırlanmıştır. Program hastalara yalnızca bilgi vermekle yetinmek yerine öğrenilen bilgiyi beceri haline dönüştürecek ve kalıcılaştıracak bazı teknikler de kullanarak hastaların günlük yaşamda etkili olmalarını sağlamayı hedeflemektedir. Şizofreni hastalarına toplumsal işlevsellikleri ve yaşam nitelikleri üzerinde olumlu etkisi olan Psikososyal Beceri Eğitimi Programının içeriğinde bilişsel beceriler, iletişim becerileri, sorun çözme becerileri, psikoza ve şizofreniyi anlamak, ilaç tedavisini ve ilaç yan etkilerini öğrenmek, tedaviyi değerlendirmek, inatçı belirtilerle baş etmeyi öğrenmek, uyarıcı işaretleri öğrenmek ve onları izlemek, alkol ve uyuşturuculardan kaçınmak, faydasız tedavi arayışlarından kaçınmak, stresle baş etmeyi öğrenmek, benlik saygısını arttırmak, zamanı değerlendirmek, arkadaşlık ve dostluk ilişkilerini geliştirmek, toplumsal faaliyetlere katılmak yer almaktadır. Bu program ilaç tedavisinde olan şizofreni hastalarına uygulandığında psikotik alevlenmelerin azalması ve zamanında müdahaleyle kısa sürede atlatılması, kişilerin sosyal işlevselliklerinde bir artmanın olması, hastalıkla ve olumsuz etkileriyle baş etme becerilerinin gelişmesi, kişiler arası ilişkileri güçlendirecek sosyal becerilerin kazanılması ve hastaların psikopatolojilerinde dolaylı yoldan bir azalmanın olmasıyla genel olarak hastaların yaşam nitelikleri üzerine olumlu etkide bulunduğu bilinmektedir (57,71,74,76).

Yine ailesel girişim uygulanan hastaların psikotik alevlenme oranları düşmüş ve tedaviye uyum düzeyleri yükselmiştir. Aileler tedaviye önem vermiş ve hasta bakımının daha kolaylaştığını ifade etmişlerdir. Bu etkinin kalıcı olduğu düşünülmektedir ve yöntemin

maliyet açısından en elverişli sonucu vereceğini bildiren kanıtlar ışığında girişim gruplar halinde sunulabilmektedir (57,69).

Günümüzde psikososyal tedavilerin vurguları şu noktalara olmaktadır:

1. Şizofreninin biyolojik doğası üzerine vurgu yapan bir eğitim vermek,
2. Stres-yatkınlık-başetme ekseninde iyileşme modelini oturtmak,
3. Doğal baş etme mekanizmalarını güçlendirmeye çalışmak,
4. Tüm mevcut destekleri harekete geçirmek,
5. Aileleri tedavi sürecinde yardımcı olarak değerlendirmek,
6. Bireysel farklılıklara göre yeni düzenlemeler yapmak,
7. Hastanın ve ailenin önceliklerini, amaçlarını tedavinin merkezine yerleştirmek.

1.8.2.10. HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşirelik mesleğinin odak noktası, hasta ve hastanın gereksinimleridir. Hasta bireye gereksinim duyduğu yardımın verilmesi, hemşirenin hastayla kuracağı mesleki iletişimin niteliğine bağlıdır. Çünkü hastayla kurulan iletişim tedavinin en önemli ögesi ve iyileşmeyi sağlayan en etkin belirleyicilerden biridir (43).

Şizofrenik Hasta İle İlişki ve Etkileşim

Psikiyatri hemşireliğinde öncelikle tedavi edici ortamı sağlama hemşirenin en önemli sorumluluğudur. Psikiyatri hemşiresi hasta ile yakın bir tedavi edici ilişki geliştirmelidir ve ardından bireyin sağlıklı yönlerini güçlendirerek çevreye uyumunu sağlamalıdır (20,45).

Şizofreni hastası olan birey, kişiler arası ilişki kurmada güçlük çeker ve başkalarıyla ilişki kurabilmek için birçok kişinin ihtiyacı olan zamandan daha fazla zamana ihtiyacı vardır. Hemşire, bu hastaların duygularını aşağılanma korkusu olmadan ifade edebileceği bir ortam oluşturmalı ve yargılayıcı olmamalıdır (43,59).

Hasta Hemşire İlişkisinde Tedavi Edici Ortam Oluşturmada Temel Kurallar

- Delirler ve hallüsinasyonlar pekiştirilmez. Hemşire gerçeği algılayışını basit bir dille ifade etmelidir.
- Haber vermeden hastaya dokunulmaz, hasta, dokunmayı bir tehdit olarak algılayabilir.
- Hasta zamana, yere ve kişiye oryante edilir. Oryantasyon gerçeği pekiştirir.
- Olumlu davranışlar pekiştirilir. Pekiştirme olumlu davranışların artmasını sağlar.
- Diğer hastalarla yarışma tarzındaki aktivitelerden kaçınılır. Yarışma tehdit edicidir ve benlik saygısını azaltır.
- Hastayı utandırmaktan kaçınılır. Hastalar küçümsenmekten korkarlar ve bu yüzden ilişki kurmaktan çekinirler.
- İçe kapanık hastalarla birebir iletişime girilir. Hasta-hasta etkileşimine göre hemşire-hasta etkileşimi daha tedavi edicidir.
- Duyguların ifade edilmesine izin verilir ve bu konuda hastalar cesaretlendirilir (32,52,53).

Şizofrenik Bozuklukların Önlenmesindeki Düzeyler

Şizofrenik bozukluklar ve hastalığın derecesi ile ilgili hemşirelik girişimleri şunlardır;

Birincil önleme; hastalıkların ortaya çıkmasının önlenmesi, yani hastalığın sıklığının azaltılmasıdır. Psikiyatride, sağlıklı bireylerin yaşamın getirdiği zorlanmalara karşı hazırlanmalarına yönelik eğitim programları, destek grupları birincil önleme tanımına uygun çalışmalardır :

1. İsteyen ebeveynler için, sağlıklı aile oluşturma yöntemlerinin öğretildiği ebeveyn eğitimi verilir. Bu yolla çocukta düşünce bozukluğuna yol açan aile işlevleri azaltılabilir.

2. Genetik tarama; düşünce bozukluğu olan ebeveynlere çocuk sahibi olma konusunda danışmanlık yapılır. Bu danışmanlığın amacı; bu bireylere çocuk sahibi olmama konusunda baskı yapmaktan çok, düşünce bozukluğu olan bir çocuğa sahip olma olasılığından haberdar olmalarına yardımcı olmaktır.
3. Adölesanlar ve adölesanların aileleri için destek grupları sağlanır. Adölesanlığın yaşandığı dönem, bir çok kişinin düşünce bozukluğu semptomlarını açıkça yaşadığı bir dönemdir (10).

İkincil önleme; akut vakaların erken tedavi edilmesi yoluyla hastalık, ölüm oranlarının düşürülmesi, yani yaygınlığın azaltılmasıdır.

1. Hemşirelik işlemlerinin yerinde uygulanabilmesi için bireyin içinde bulunduğu ortama bakılmaksızın, bireyin psikolojisi tüm boyutları ile değerlendirilir.
2. Hemşirelik işlemleri, vakaların başlangıç döneminde teşhis edilmesine yardım eder. Düşünce bozukluğunun aktif döneminin gelişmesi genellikle prodromal bir dönem ile başlar ki bu dönemde fonksiyon görmede bozulma belirgindir.
3. Düşünce bozukluğunun ilk dönemindeki hastalar için tedavi yöntemlerinin araştırılması, hastalığın ilerlemesini önler ve daha önceki sağlık düzeyine ulaşmayı sağlar.
4. Bir düşünce bozukluğunun belirtilerini tanımak için sağlık personeline, öğretmenlere ve danışmanlara eğitim verilir.
5. Hasta ve ailesinin hızlı ve kapsamlı tedavi görebildiği psikiyatri servislerinde özel 'kriz üniteleri' oluşturulur (10).

Üçüncül önleme;

1. Psikiyatri servislerinde uzun süre çalışmak üzere profesyonel hemşire sayısı yeterli düzeye getirilir.
2. Hastalar hastaneden taburcu olduktan sonra evde bakım almalarını sağlamak için politikalar oluşturulup, hemşireler değişim ajanı olarak kullanılabilir.
3. Evde ve bakım evlerinde yaşayan hastalara psikoterapötik girişimler yapacak psikiyatri hemşireleri için fonlar arttırılır.
4. Remisyonda olan hastaların en iyi nasıl tedavi edilebileceği konusunda araştırmalar yapılır.
5. Ağır hastalarla çalışan psikiyatri hemşirelerinin etkililiğini arttırma konusunda araştırmalar yapılır (10).

1.8.3. YAŞAM NİTELİĞİ

Toplumda içinde bireyin gereksinim ve beklentilerinin karşılanması ve yaşadığı toplumun sunduğu fırsatlardan yararlanmasıdır (54).

1.8.3.1. ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİNİN ÖNEMİ

Yaşam niteliği, bireyin toplumsal gereksinim ve beklentilerinin karşılanması, yaşadığı toplumun sunduğu fırsatlardan yararlanması olarak tanımlanmaktadır. Yaşam niteliği genel olarak kişinin günlük işlevlerini yerine getirerek, hayattan zevk alması ve doyum sağlaması durumudur. Sıkıntısız bir yaşam, günlük işlerini sürdürebilme, aile ve arkadaşlar dahil doyurucu sosyal ilişkiler kurabilme, yaşam amaçlarının olması, çalışma, zevk verici faaliyetlere katılma, bütün bunlar için gerekli kaynaklara ulaşabilme bir kişinin yaşam niteliğinin belirleyicileridir (37,64,71).

Şizofreni de bireyin iş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli sosyal işlevsellik alanlarında belirgin bir bozulma vardır. Şizofrenik bozukluk sürecine girmiş bir kişide sosyal beceriler de bozulmaktadır. Bu bozulma hastaların sosyal ilişkiler geliştirmesini, sosyal rollerini yerine getirmesini ya da sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını engeller. Kişinin aile ilişkileri, arkadaşlık ve iş ilişkileri, mesleki rol performansı, plan yapması, üretkenliği, yaratıcılığı bozulur. Bu durum da kişinin yaşam niteliğini doğrudan etkiler(68,70,74).

Psikososyal beceri eğitimi programları hastalığın alevlenme ve yinelenmeleri azaltmayı hedefleyip hastalara hastalık üzerinde denetim kurma gücü verirken aynı zamanda hastaların yaşam niteliği üzerine olumlu etkiyi de hedeflemektedir. Nesnel ve öznel yaşam doyumunun artırılması yaşam niteliğini yükseltecektir. Bireyler başetme becerisi ve sosyal beceriler kazanırsa sosyal yeterlilik göstereceklerdir. Çevresel olanakların düzenlenmesi, stres kaynaklarının azaltılması, bireysel gereksinimlerin karşılanması, beklentilerin düzenlenmesiyle kişilerin özgüvenleri ve yaşam doyumları artacaktır. Bu da doğal olarak yaşam niteliğini yükseltecektir. Bu noktada hemşireler kliniklerle rehabilitasyon merkezleri ve toplum arasında ciddi bir bağlantı görevi yapacaklardır.(64,71).

Psikososyal Beceri Eğitiminde amaçlar:

- Hastayla tedavi işbirliğini geliştirmek
- Aile ya da yakın çevreden ilgili kişileri tedavi ilişkisi içerisine almak,
- Hastalara sosyal beceri kazandırmak,
- Hastalık anlayışını geliştirmek,
- Hastalığa ikincil sorunları azaltmak ya da önlemek,
- Hastalığın inatçı belirtileriyle başa çıkmayı ve onlarla yaşamayı öğretmek,
- Alevlenme ya da yinelenme oranını azaltmak,
- Hastaların kişiler arası ilişkilerini geliştirmek,
- Bir bütün olarak hastaların yaşam niteliğini artırmak (69).

Aile, birey için hem bir çevre hem de kendisi ile çevresi arasında önemli bir araçtır. Hastalığın alevlenme durumunda da, çevresel streslerin dengelenmesi durumunda da aile önemli roller alacaktır. Aile stresler, hastalık ve hasta üçgeninde önemli bir tampon görevi üstlenmektedir. Yükün sadece aileye bırakılmayıp çeşitli sosyal desteklerle paylaşılması gerekir. Bunun için hastaların hizmetine çeşitli rehabilitasyon olanakları sunulmalıdır. Hastanın ve ailenin eğitimi, çevresel desteklerle tamamlandığında hastanın yaşam niteliği önemli ölçüde artar (52,58,71).

1.8.4. SAĞLIK EĞİTİMİ

Eğitim, bireyin davranışında kendi yaşantısı yoluyla ve amaçlı olarak istenilen davranışların gelişmesi için uygulanan süreçlerin tümüdür. Kronik hastalığı olan kişilerin bu sürecin içine girmesi gerekmektedir. Sağlık eğitimi, hemşireliğin önemli işlevlerindedir. Her hizmet ortamında hemşirenin eğitici rolünü kullanma olanağı vardır. Sağlık eğitim süreci hemşire, hasta ve hasta yakını arasında dinamik bir etkileşimi içermektedir. Hasta eğitiminde hemşirenin rolü, bireyin sağlığını sürdürmesi, geliştirmesi için yöntemler belirlemek, değerlendirmek ve gelecek için eğitim gereksinimlerini saptamaktır (1,60).

1.8.4.1. ŞİZOFRENİ BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN SAĞLIK EĞİTİMİ GEREKSİNİMLERİ

Şizofreni bireyin, günlük yaşamı ve iş yaşamındaki işlevsellikte azalmaya neden olduğundan hastaların rehabilitasyonu ve tekrar topluma kazandırılmaları oldukça önem taşımaktadır. Toplum içinde yaşamaya hazırlanmadan, topluma dönen hastaların çoğu, toplumdan soyutlanmış olarak yaşamını sürdürmektedir. Şizofreni hastaları iletişim, beslenme, uyku, bakımını yerine getirme, aile içi rollerini yerine getirme gibi günlük yaşam aktivitelerini sürdürememesine ve bu gereksinimlerin sürdürülmesinde çevrelerine bağımlı

olmasına yol açmaktadır. Tüm bunların engellenebilmesi amacıyla hastaya şizofreninin biyolojik etkilerine yönelik bir eğitim programı büyük önem taşımaktadır. Uzun süreli eğitim programları, hastane tedavisini izleyen bir yılı aşkın süreyi kapsayabilir. (29,57,60,73).

Şizofreni bozukluğu olan hastalara, ailelerine ve diğer bakım verenlere sağlık eğitimi verilmesi hastalığın stabilizasyonu için son derece önemlidir. Hasta ve ailesi için eğitimin amaçları şunlardır: (1,7,15,55,65).

1. Hasta ve ailesinin tedaviye aktif olarak katılımını sağlamak.
2. Hastalık hakkında hasta ve ailesini eğitmek. Stres ve ilaç tedavisinin hastalığı nasıl etkilediğini vurgulamak. Bu tür bilgi verilmesi ilaç tedavisine uyumu ve psikososyal aktivitelere katılımı artırabilir.
3. Hastaların kendine bakım becerilerini geliştirmek ve taburcu olduktan sonra oluşabilecek komplikasyonları önlemek.
4. Emosyonel destek sağlamak.
5. Hasta ve ailesi için yaşam niteliğini arttırmak, yeni başa çıkma yetenekleri edinmelerine yardım etmek.
6. Aile yükünü ve stresini azaltmak.
7. Değişim umudunu arttırmak.

Uzun ve ark.(1997) yapmış oldukları bir çalışmada (%31.03), şizofren hastaların tedavilerini sonlandırma nedenlerinin başında, ailenin ve hastanın, hastalık ve tedavi ile ilgili yetersiz bilgiye sahip olmasının neden olduğu belirlenmiştir. Tedavideki düzensizlikler, hastalığın alevlenmesine, prognoz ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (61).

Hasta ve ailelerin çoğu kez kısa sürede tam bir iyileşme bekledikleri, ancak sonuç farklı olduğunda ilacı kestikleri ya da medikal olmayan değişik tedavi alternatifleri aradıkları

saptanmıştır. İlaça uyumun kötü olması ve ilaç kesmeyle yüksek nüks oranları arasında kuvvetli bir korelasyon vardır (61,71).

Hastalığın çevre tarafından duyulacağı, iş, evlilik gibi konularda sorunlara neden olacağı gibi sosyal kaygılarla hastalığın hasta ve aile tarafından inkar edildiği ve bu nedenle ilaç kullanmaktan kaçınıldığı görülmektedir. Ayrıca hastalığın damgalayıcı etkisi çevrenin hasta bireylere yaklaşımı üzerine olumsuz etki yaparak hastaların etkileşime gireceği sosyal çevreyi daraltmaktadır (58,66).

Soygür (1989) yaptığı bir çalışmada, ruh hastalığı etiketlenmesinin hastalar üzerine etkileri konusunda en çok belirtilen noktalar; benlik saygısının zedelenmesi, arkadaş edinme ve arkadaşlığı sürdürme güçlükleri, iş bulma güçlüğü ve ruh hastalığını kabul etmede isteksizlik olduğu saptanmıştır (55).

1.8.4.2. ŞİZOFRENİ BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN AİLELERİNDE SAĞLIK EĞİTİMİ GEREKSİNİMLERİ

Aile, şizofreni hastalığının tedavi ve iyileşme sürecinin ayrılmaz bir parçası olarak görülmektedir. Bir taraftan ailenin kendi gereksinimleri ele alınırken, diğer taraftan terapötik sürece daha fazla katılmaları sağlanmaktadır (15,26).

Aileye yönelik hastalık ve başa çıkma stratejileri hakkında eğitimin prognozu iyi yönde etkilediği gösterilmiştir. Ailesel girişim uygulanan hastaların nüks oranları düşer ve tedaviye uyum düzeyleri yükselir. Aileler tedaviye önem vererek, hasta bakımını daha kolaylaştırdığını ifade etmektedirler (14,57,66).

Şizofreni hastalığında geleneksel olarak aile sorumlu tutulmaktadır. Bu sebeple aile bireyleri, psikoza çeşitli açıklamalar getirme çabasında olabilir. Yadsıma kabullenmeye doğru ilerledikçe, üzüntü ve yas ortaya çıkabilir. Gelecek için sağlıklı ve başarılı olmasını bekledikleri insanın sosyal açıdan başarısız birine dönüşmesi hayal kırıklığı yaratmaktadır.

Aile üyeleri hastayı ya da kendilerini suçlayabilir. Bu duygu, aileyi, hastalığı ve hastayı gizleme davranışına götürebilir. Utanç, öfke ve kızgınlık da doğurabilir. Bu karmaşadan hastanın etkilenmemesi olanaksızdır. Benzeri duyguları kendi içinde yaşamamanın sarsıntısındaki hasta, aileye karşı öfke duyabilir veya kendisini daha da izole etme isteği içine girebilir. Bu durum ailenin şaşkınlığını daha da arttırır. Ailenin toplumsal ve ekonomik durumu sarsılır ve gereksinimlerini karşılamakta güçlük çeker (9,15,27,39,50,51,56,57,63,72).

Aileyi en çok rahatsız eden, gerginlik yaratan durum, ne olacağını bilmemektir. Soygür (1998) belirttiğine göre Torrey, şizofrenik hastanın aile atmosferini, patlamaya hazır bir bombanın başında beklemeye benzetmiştir. Böyle bir atmosferde en önemsiz sorunlar bile büyük bir sorun haline gelebilir (54).



BÖLÜM 2

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu çalışma, şizofreni bozukluğu olan bireylerde yaşam niteliği ile hastalığın negatif, pozitif belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanan tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Araştırma, Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Psikoz Biriminde Mart 2004 ile Haziran 2004 tarihleri arasında yapılmıştır.

E.Ü.T.F.H. Psikiyatri Ana Bilim Dalı Psikoz Birimi 2001 yılında kurulmuş olup, 2 uzman hekim, 1 yüksek hemşire, 1 klinik psikolog ve 1 sosyal hizmet uzmanıyla hizmet vermektedir. Birimde çalışan hemşire, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı tarafından yürütülen grup, aile, bireysel, uğraş terapileri yapılmaktadır. Yaklaşık 3 yıldır, 6 ay süren Psikososyal Beceri Eğitimi programı düzenli olarak uygulanmakta ve programı tamamlayan hastalara destek seansları yapılmaktadır. Ayrıca ayda bir tüm hasta ve ailelerini bir araya getiren sosyal içerikli partiler yapılmakta ve eğitim programını tamamlayan tüm hastalarla sinema, piknik gibi eğlenceli faaliyetler düzenlenmektedir. Birime ayaktan tedavi için başvuran hastaların çoğunluğu, daha önce hastanede yatan, taburcu edildikten sonra bu birime bağlanan hastalardan oluşmaktadır.

2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Psikoz Biriminde şizofreni

tanısıyla ayaktan tedavi gören tüm hastalar araştırmanın evrenini, 15.03.2004 ve 15.06.2004 tarihleri arasında bu birime başvuran sınırlılıklara uyan tüm hastalar araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışma süresince 115 hasta alınmıştır.

2.4. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

2.4.1. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada veri toplama aracı olarak üç form kullanılmıştır. Bunlar; Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu, Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği (YNÖ) ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)'dir.

Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu, araştırmacı tarafından geliştirilmiş olup, hastaların tanıtıcı özelliklerini, hastaneye yatma, tedavi olma ve alınan tedavi durumlarını belirlemeye yönelik, kapalı ve açık uçlu olarak hazırlanan 23 sorudan oluşmaktadır (EK-I).

Yaşam Niteliği Ölçeği, güvenirlik ve yapısal geçerlik çalışması Soygür ve ark. (2000) tarafından yapılmıştır. Ölçek, hastaların kişisel deneyimlerinin zenginliğini, kişiler arası ilişkilerinin niteliğini ve mesleki rollerdeki üretkenliklerini ölçmektedir (54).

Ölçeğin kuramsal temelini şizofreninin 'kayıp' sendromu oluşturmaktadır: Ölçekte yer alan 21 madde, şizofreninin 'kayıp' sendromundan köken almakta ve kavramsal olarak şu dört boyuttan birinin kapsamına girmektedir: I. Kişiler arası ilişkiler (1-8), II. Mesleki rol (9-12), III. Ruhsal bulgular (13-17, 20-21), IV. Günlük eşya kullanımı ve faaliyetler (18-19).

Bu ölçeğin yarı yapılandırılmış bir görüşme biçiminde uygulanmaktadır. Her bir madde üç bölümden oluşur. Birinci bölümde, görüşmecinin değerlendirilecek parametreyi anlaması ve bunun üzerinde yoğunlaşmasına yardımcı olmak üzere kısa bir tanımlama yer almaktadır. İkinci bölümde, görüşmecinin hastayı incelemeye başlamasına yardımcı olabilecek birkaç soru verilmiştir. Son bölümde ise, her bir madde için görüşmeciye karar

almada yardımcı olmak üzere, toplam 7 dereceli Likert tipi bir ölçek verilmiştir. Yüksek puanlar (5,6) yaşam niteliğinin yüksek ve uyumun iyi, düşük puanlar (0,1) yaşam niteliğinin düşük ve uyumun kötü ya da bozuk olduğunu göstermektedir. Ölçekte yer alan 21 maddenin puan aralığı ((0-129), Kişilerarası ilişkiler puan aralığı (0-51), Mesleki rol puan aralığı (0-24), Ruhsal bulgular puan aralığı (0-42), Kişisel eşya ve günlük faaliyetler puan aralığı (0-12) olarak belirtilmiştir (54) (EK-II).

Yaşam Niteliği Ölçeğinin, yapılan Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı $r=0.80$ 'dir.

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kostakoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. PANSS 30 maddelik ve yedi puanlı şiddet değerlendirme içeren yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir. Bu 30 maddenin 18'i Kısa Psikiyatrik değerlendirme Ölçeği (BPRS), Overall ve Gorham (1962), 12'si ise Psikopatoloji Değerlendirme Ölçeğinden (PRS), Sing ve Kay (1975) uyarlanmıştır. 30 psikiyatrik parametreden yedisi pozitif sendrom altölçeğine, yedisi negatif sendrom altölçeğine ve geri kalan 16'sı genel psikopatoloji altölçeğine aittir.

PANSS' nin, yapılan Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı $r=0.80$ bulunmuştur.

PANSS'da tüm maddeler tanımlanmakta ve bu maddelere ait yedi şiddet puanının her biri için yapılan detaylı açıklamalar, tüm maddelere eşlik etmektedir. Yedi puanlı değerlendirmede psikopatolojinin artan düzeyleri yansıtılmaktadır: 1=yok, 2=çok hafif, 3=hafif, 4=orta, 5=orta/ağır, 6=ağır, 7=çok ağır. PANSS puanlaması her maddenin puanlarının toplanmasıyla yapılmaktadır; pozitif ve negatif sendrom altölçekleri için potansiyel puan aralığı 7-49, genel psikopatoloji altölçeği için 16-112, toplam PANSS için ise (30-210)'dur. PANSS puanını veren ortalamayı, üç altölçeğin toplamı verir (76) (EK-III).

2.4.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

Veriler, gerekli izinler alındıktan sonra E.Ü.T.F. Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Psikozy Biriminde, sınırlamalara uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, şizofrenik bozukluğu olan bireylere, araştırmacı tarafından, anket formları kağıt ve kalem ile yarı yapılandırılmış görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Anket formlarını yanıtlama süresi yaklaşık 45-60 dakikadır.

2.5. DEĞİŞKENLER

2.5.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri kapsamında şizofrenik bozukluğu olan bireylerin yaşam niteliği ölçeği ölçüm puanları bulunmaktadır.

2.5.2. Bağımsız Değişkenler

Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) puan ortalamaları ölçülmesi amaçlanan esas bağımsız değişkendir. Hastaların yaş, cinsiyet, aile tipi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir düzeyi, en uzun yaşadığı yer, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, dernek ya da grup üyesi olma durumu, sağlık eğitimi alma durumu, psikososyal beceri eğitimi programına katılma durumu diğer bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2.6. VERİLERİN ANALİZİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma sonunda elde edilen verilerin analizi araştırmanın amaçları doğrultusunda SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 10.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Hastaları tanıttıcı bilgi formu, yaşam niteliği ölçeği, ve PANSS ile elde edilen veriler

araştırmacı tarafından değerlendirilerek kodlanıp, min-max ve tutarlılık kontrolleri yapılmıştır.

Verilerin analizinde;

- Hastaların sosyodemografik verilerinin sayı ve yüzde dağılımları,
- Hastaların PANSS ve yaşam niteliği ölçeği puan ortalamaları, standart sapması, min-max değerleri,
- Hastaların yaşam niteliği puan ortalamalarının tüm bağımsız değişkenler ile (medeni durum, çalışma durumu, eğitim düzeyi, PANSS v.b.) ilişkisini incelerken dağılımın uygunluğunu test etmek için Kolmogrof Smirnov (KS) testi,
- Hastaların yaşam niteliği puan ortalamalarının tüm bağımsız değişkenler ile tek tek ilişkisi değerlendirilirken, grup dağılımı normal sınırlarda değil ise; grup sayılarına göre Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi, grup dağılımı normal sınırlarda ise; iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (student t testi),
- Hastaların yaşam niteliği ile PANSS puanları, hastaların yaşam memnuniyet puanları arasındaki ilişkinin büyüklüğünü, yönünü ve önemliliğini test etmek için ikili (Bivariate) korelasyon analizi kullanılmıştır.

2.7. ARAşTIRMANIN SÜRESİ VE OLANAKLARI

Araştırma konusunun seçimi, planlanması ve öneri şeklinde hazırlanması 15 Eylül-15 Ocak 2004 tarihleri arasında yapılmış olup, 13 şubat 2004 tarihinde Tez nerisi Komitesine tarafından yüksek lisans tezi olarak hazırlanması kabul edilmiştir. Araştırma verilerinin 15 Mart 2004-15 Haziran 2004 tarihleri arasında toplanmıştır. Değerlendirme alışmaları yürütüldükten sonra araştırma raporu yüksek lisans tez çalışması olarak sunulmuştur.

2.8. ARAŞTIRMA ETİĞİ

Araştırmanın uygulanabilmesi ve verilerin toplanabilmesi amacı Ege Üniversitesi Hastanesi Etik kurulundan, E.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Etik kurulundan ve Psikiyatri Ana Bilim Dalı yöneticilerinden ve Psikoz Birimi'nde görev yapan ekip üyeleri ile görüşme yapılarak, araştırma hakkında gerekli bilgiler verilmiştir. Uygulamada araştırma kapsamına alınacak hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek, araştırmanın amacı, sağlayacakları yararlılıklar ve harcayacakları zaman hakkında açıklamalar yapılmıştır. Araştırmaya katılımları konusunda istekleri göz önünde bulundurulup, izinleri alınmıştır.



BÖLÜM 3

BULGULAR

3.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Tablo 1 : Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

TANITICI ÖZELLİKLER	Sayı	Yüzde
Yaş grubu	71	61,6
20-29	36	31,4
30-39	8	7,0
40 ve üzeri		
Cinsiyet		
Kadın	43	37,4
Erkek	72	62,6
Medeni durum		
Bekar	98	85,2
Evli	15	13,0
Boşanmış/Dul	2	1,7
Çocuk sayısı		
Çocuğu yok	104	90,4
1	9	7,8
2 ve üzeri	2	1,7
Aile tipi		
Çekirdek	110	95,7
Geniş	2	1,7
Parçalanmış	3	2,6
Eğitim durumu		
Okuryazar/İlkokul mezunu	10	8,7
Ortaokul/Lise mezunu	80	69,6
Yüksekokul/Fakülte mezunu	25	21,7

Tanıttıcı özellikler	Sayı	Yüzde
Meslek		
Mesleği yok	67	58,3
Öğrenci	11	9,6
Ev hanımı	6	5,2
Memur	6	5,2
Serbest meslek	13	11,3
İşçi	7	6,1
Emekli	3	2,6
Malulen emekli	2	1,7
Çalışma durumu		
Çalışan	29	25,2
Çalışmayan	86	74,8
Gelir düzeyi		
Gelir giderden yüksek	5	4,3
Gelir ve giderler dengeli	86	74,8
Gelir giderden düşük	24	20,9
Sosyal güvence durumu		
Sosyal güvencesi yok	9	7,8
Emekli sandığı	72	62,6
Bağ-Kur	5	4,3
SSK	29	25,2
En uzun yaşadıkları yerler		
Köy	5	4,3
İlçe	27	23,5
Şehir	83	72,2
TOPLAM	115	100.0

Tablo 1’de hastaların tanıttıcı özelliklerine göre dağılımı görölmektedir. Hastaların %65.1’i 20-29, %34’ü 30-39, %0.9’u 40 ve üzeri yaş grubundadır. Hastaların yaş ortalamasının $X=28.68\pm6.13$ olduğu saptanmıştır.

Hastaların %37.4'ü kadın, %62.6'sı erkektir. Medeni durumları incelendiğinde, hastaların %85.2'si bekar, %13.0'ının evli, %1.7'sinin boşanmış veya dul olduğu saptanmıştır.

Hastaların %90.4'ünün çocuğunun olmadığı, %7.8'inin bir, %1.7'sinin iki veya daha fazla çocuğa sahip olduğu görülmektedir.

Hastaların %95.7'si çekirdek, %2.6'sı parçalanmış, %1.7'si geniş aile tipine sahip olduğu saptanmıştır.

Hastaların eğitim durumları incelendiğinde, %8.7'si okuryazar veya ilkokul, %69.6'sı ortaokul veya lise, % 21.7'si yüksekokul veya fakülte mezunudur.

Hastaların mesleki durumları incelendiğinde, %58.3'ünün mesleğinin olmadığı, %9.6'sının öğrenci, %5.2'sinin ev hanımı, %5.2'sinin memur, %11.3'ünün serbest meslek, %6.1'inin işçi, %2.6'sının emekli, %1.7'sinin malulen emekli olduğu saptanmıştır.

Hastaların çalışma durumu incelendiğinde, %25.2'sinin çalıştığı, %74.8'inin çalışmadığı saptanmıştır.

Hastaların %74.8'inin gelir ve giderleri dengeli, %20.9'unun gelirinin giderden düşük, %4.3'ünün gelirinin giderden yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların %62.6'sı emekli sandığına, %25.2' SSK'ya, %4.3'ü Bağ-Kur'a bağlı olup, %7.8'inin sosyal güvencesi yoktur.

Hastaların en uzun süre yaşadıkları yerler incelendiğinde, %72.2'sinin şehirde, %23.5'inin ilçede, %4.3'ünün köyde yaşadıkları saptanmıştır.

3.2. HASTALARIN TEDAVİ OLMA VE HASTALIKLA BAŞETME DURUMLARININ İNCELENMESİ

Tablo 2: Hastaların Hastalık Sürelerine Göre Dağılımı.

Hastalık süresi	Sayı	%
2-5 yıl	47	40.8
6-10 yıl	46	39.9
10ve üzeri	22	19.3
TOPLAM	115	100.0

Tablo 2’de hastaların hastalık sürelerinin dağılımı incelenmektedir. Hastaların %40.8’inin 2-5 yıl, %39.9’unun 6-10 yıl, %19.3’ünün 10 yıl veya daha fazla yıldan beri tedavi oldukları saptanmıştır. Hastaların hastalık sürelerinin ortalaması $X=7.50\pm 5.08$ ’dir.

Tablo 3: Hastaların İlaç Tedavilerine Göre Dağılımı

İlaç tedavisi	Sayı	%
Atipik antipsikotik	59	51.3
Tipik antipsikotik	3	2.6
Atipik ve tipik antipsikotik	6	5.2
Atipik antipsikotik ve antidepresan	47	40.9
TOPLAM	115	100.0

Tablo 3’de ilaç tedavileri incelenmektedir. Hastaların %51.3’ü atipik antipsikotik, %40.9’u atipik antipsikotik ve antidepresan ilaçları birlikte, %5.2’si atipik ve tipik antipsikotik ilaçları birlikte kullanırken, %2.6’sı sadece tipik antipsikotik kullanmaktadır.

Tablo 4: Hastaların Başka Bir Kronik Hastalığı Olma Durumuna Göre Dağılımı

Başka kronik hastalığı olma durumu	Sayı	%
Başka kronik hastalığı olan	4	3.5
Başka kronik hastalığı olmayan	111	96.5
TOPLAM	115	100.0

Tablo 4’de hastaların başka bir kronik hastalığı olma durumu incelenmektedir. Hastaların %96.5’inin başka bir kronik hastalığı olmadığı, %3.5’inin başka bir kronik hastalığı olduğu saptanmıştır.

Tablo 5: Hastaların Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Dağılımı.

Hastaneye yatma durumu	Sayı	%
Hastaneye yatan	56	48.7
Hastaneye yatmayan	59	51.3
TOPLAM	115	100.0

Tablo 5’de hastaların hastaneye yatma durumlarının dağılımı incelenmektedir. Hastaların %51.3’ünün hastaneye yatmadığı, %48.7.2sinin hastaneye yattığı saptanmıştır.

Tablo 6: Hastaların Hastaneye Yatış Sayılarına Göre Dağılımı.

Hastaneye yatış sayısı	Sayı	%
Yatış yok	59	51.3
1-5 kez	44	38.3
6 ve üzeri kez	12	10,4
TOPLAM	115	100.0

Tablo 6’da hastaların hastaneye yatış sayılarının dağılımı incelenmektedir. Hastaların %38.3’ünün 1-5 kez, %10.4’ünün 6 veya daha fazla kez hastaneye yattığı saptanmıştır. Hastaların hastaneye yatış sayısı ortalaması $X=1.92\pm 1.52$ ’dir.

Tablo 7: Hastaların Farklı Hastane veya Psikiyatriste Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı.

Farklı hastane veya psikiyatriste başvurma durumu	Sayı	%
Başvuran	6	5.2
Başvurmayan	109	94.8
TOPLAM	115	100.0

Tablo 7’de hastaların tedavi için farklı hastane veya psikiyatrişlere başvurma durumlarının dağılımı incelenmektedir. Hastaların %94.8’inin farklı hastane veya psikiyatrişlere başvurmadığı, %5.2’sinin başvurduğu saptanmıştır.

Tablo 8: Hastaların Tıp Dışı Kişilere Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı.

Tıp dışı kişilere başvurma durumu	Sayı	%
Başvuran	73	63.5
Başvurmayan	42	36.5
TOPLAM	115	100.0

Tablo 8’de hastaların tıp dışı kişilere başvurma durumlarının dağılımı incelenmektedir. Hastaların %63.5’inin tıp dışı kişilere (hacı, hoca, üfürükçü vb.) başvurduğu, %36.5’inin başvurmadığı belirlenmiştir.

Tablo 9: Hastaların Dernek Üyesi Olma Durumlarına Göre Dağılımı.

Dernek üyesi olma durumu	Sayı	%
Üye olan	35	30.4
Üye olmayan	80	69.6
TOPLAM	115	100.0

Tablo 9’da hastaların şizofreni ile ilgili dernek üyesi olma durumlarının dağılımı incelenmektedir. Hastaların %30.4’ünün dernek üyesi olduğu, %69.6’sının dernek üyesi olmadığı saptanmıştır.

Tablo 10: Hastaların Hastalıkları İle İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı.

Eğitim alma durumu	Sayı	%
Eğitim alan	33	28.7
Eğitim almayan	82	71.3
TOPLAM	115	100.0

Tablo 10’da hastaların hastalık ile ilgili eğitim alma durumlarının dağılımı incelenmektedir. Hastaların %71.3’ünün hastalık ile ilgili eğitim almadığı, %28.7’sinin aldığı saptanmıştır.

Tablo 11: Hastaların Hastalıkları İle İlgili Psikososyal Beceri Eğitimi Programına (Grubuna) Katılma Durumlarına Göre Dağılımı.

Psikososyal beceri eğitimi grubuna katılma durumu	Sayı	%
Katılan	33	28.7
Katılmayan	82	71.3
TOPLAM	115	100.0

Tablo 11’de hastaların hastalıklarıyla ilgili psikososyal beceri eğitimi grubuna katılma durumlarının dağılımı incelenmektedir. Hastaların eğitimi, psikososyal beceri eğitim grubu kapsamında olması nedeni ile eğitim alma durumlarının dağılımıyla, psikososyal beceri eğitimi grubuna katılma durumlarının dağılımı aynıdır. Hastaların %71.3’ünün psikososyal beceri eğitimi grubuna katılmadığı, %28.7’sinin katılmadığı saptanmıştır.



3.3. HASTALARIN TEDAVİ ORTAMINDA KENDİLERİNİ KÖTÜ HİSSETMELERİNE NEDEN OLAN DURUMLARIN İNCELENMESİ.

Tablo 12: Hastaların tedavi ortamında kendilerini kötü hissetme durumlarına göre dağılımı.

Kötü hissedilen durumlar	Sayı	%
Yok	105	91.4
Yakın ilgi, anlayış gösterilmemesi	5	4.3
Bürokratik işlerin fazlalığı	5	4.3
TOPLAM	115	100.0

Tablo 12’de hastaların tedaviye geldiklerinde kendilerini kötü hissetmelerine neden olan durumlar incelenmektedir. Hastaların %91.4’ü tedavi ortamında kendilerinin kötü hissetmesine neden olan durumların olmadığını belirtirken, %4.3’ünün yakın ilgi ve anlayış gösterilmediği, bürokratik işlerin fazlalığı nedeniyle kendilerini kötü hissettiği ifade edilmiştir.

3.4. HASTALARIN YAŞAM MEMNUNİYETLERİNİN İNCELENMESİ.

Tablo 13: Hastaların Yaşam Memnuniyetlerine Göre Dağılımı.

Genel Olarak Yaşam Memnuniyeti	Sayı	%
Hiç memnun değilim	2	1.7
Biraz memnunum	15	13.0
Orta derecede memnunum	55	47.9
Memnunum	42	36.5
Oldukça memnunum	1	0.9
TOPLAM	115	100.0

Tablo 13’de hastaların genel olarak yaşamlarından memnun olma durumları incelenmektedir. Hastaların %47.9’u orta derecede memnun olduğunu, %36.5’i memnun olduğunu, %13.0’ı biraz memnun olduğunu, %1.7’si hiç memnun olmadığını, %0.9 u oldukça memnun olduğunu ifade etmiştir.

3.5. HASTALARIN POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS) PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ.

3.5.1.Hastaların PANSS Puan Ortalamalarının İncelenmesi.

Tablo 14: Hastaların PANSS Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.

Toplam	N	X	Ss	Min.	Max.
PANSS puanı	115	61.4	13.0	32	99

Araştırma kapsamına alınan hastaların PANSS puan ortalamalarının dağılımı tablo 14’de verilmiştir. Hastaların PANSS puan ortalaması $X=61.4\pm 13.0$ ’dir.

3.5.2. Hastaların Pozitif Belirtiler Ölçeği (P) Puan Ortalamaların İncelenmesi.

Tablo 15: Hastaların P Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.

Altölçek	N	X	Ss	Min.	Max.
P puanı	115	11.3	2.90	7	19

Hastaların PANSS’ın altölçeği olan P ölçeği puan ortalamalarına göre dağılımı incelenmektedir. Hastaların pozitif belirtiler puan ortalaması $X= 11.3\pm 2.90$ bulunmuştur.

3.5.3. Hastaların Negatif Belirtiler Ölçeği (N) Puan Ortalamalarının İncelenmesi.

Tablo 16: Hastaların N Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.

Altölçek	N	X	Ss	Min.	Max.
N puanı	115	18.2	5.52	8	36

Hastaların PANSS'ın altölçeği N ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, negatif belirtiler puan ortalaması $X= 18.2\pm 5.52$ bulunmuştur.

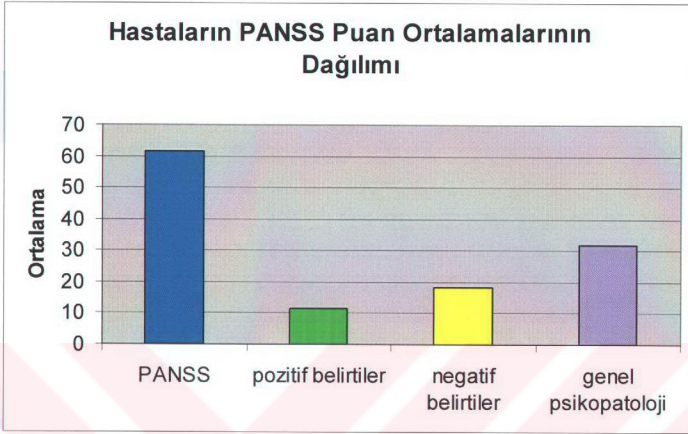
3.5.4. Hastaların Genel Psikopatoloji Ölçeği (G) Puan Ortalamalarının İncelenmesi.

Tablo 17: Hastaların G Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.

Altölçek	N	X	Ss	Min.	Max.
G puanı	115	31.8	6.33	16	53

Hastaların PANSS'ın altölçeği G ölçeği puan ortalamaları incelenmektedir. Hastaların genel psikopatoloji puan ortalaması $X=31.8\pm 6.33$ bulunmuştur.

Grafik 1. Hastaların PANSS ve Altölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı



3.6. HASTALARIN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ.

3.6.1. Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamaların İncelenmesi.

Tablo 18: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.

Toplam	N	X	Ss	Min.	Max.
Yaşam niteliği puanı	115	60.6	14.5	24.0	101.0

Araştırma kapsamına alınan hastaların yaşam niteliği ölçeği puan ortalamalarının dağılımı tablo 18’de verilmiştir. Hastaların yaşam niteliği puan ortalamaları $X=60.6\pm 14.5$ bulunmuştur.

3.6.2. Hastaların Kişilerarası İlişkiler (1-8) Altölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi.

Tablo 19: Hastaların Kişilerarası İlişkiler Puan Ortalamasının Dağılımı.

Altölçek	N	X	Ss	Min.	Max.
Kişilerarası ilişkiler	115	20.3	6.21	6.00	41.0

Tablo 19’da yaşam niteliği ölçeğinin altölçeği olan kişiler arası ilişkiler puan ortalamaları incelenmektedir. Hastaların kişiler arası ilişkiler puan ortalaması $X=20.3\pm 6.21$ bulunmuştur.

3.6.3. Hastaların Mesleki Rol (9-12) Altölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi.

Tablo 20: Hastaların Mesleki Rol Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Altölçek	N	X	Ss	Min.	Max.
Mesleki rol	115	10.0	3.93	3.00	20.0

Hastaların yaşam niteliği ölçeğinin alt ölçeği mesleki rol ölçeği puan ortalamaları incelenmektedir. Hastaların mesleki rol ölçeği puan ortalamaları $X=10.0\pm 3.93$ bulunmuştur.

3.6.4. Hastaların Ruhsal Bulgular (13-17, 20-21) Altölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi.

Tablo 21: Hastaların Ruhsal Bulgular Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Altölçek	N	X	Ss	Min.	Max.
Ruhsal bulgular	115	22.6	4.84	10.0	37.0

Tablo 21’de hastaların yaşam niteliği ölçeğinin altölçeği ruhsal bulgular ölçeği puan ortalamaları incelenmektedir. Hastaların ruhsal bulgular altölçeği puan ortalamaları $X=22.6\pm 4.84$ bulunmuştur.

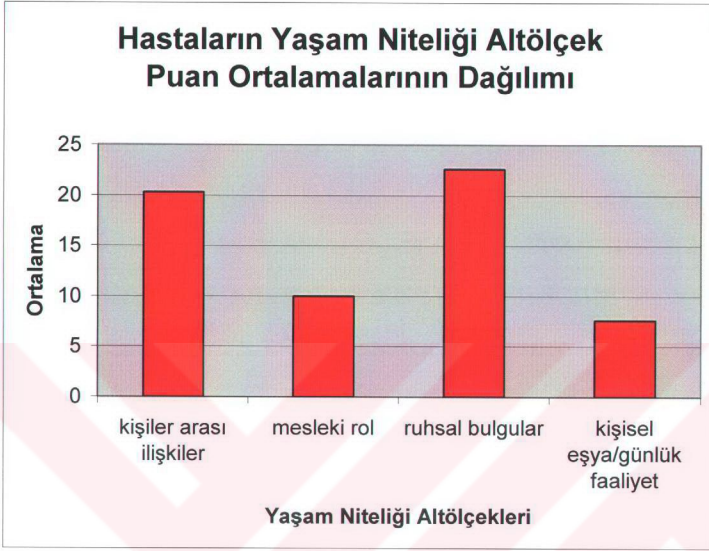
3.6.5. Hastaların Kişisel Eşya Ve Günlük Faaliyet (18-19) Altölçeği Puan Ortalamalarının İncelenmesi.

Tablo 22: Hastaların Kişisel Eşya ve Günlük Faaliyet Puan Ortalamalarının Dağılımı.

Altölçek	N	X	Ss	Min.	Max.
Kişisel eşya/ Günlük faaliyet	115	7.59	1.59	4.00	12.0

Hastaların yaşam niteliği ölçeğinin altölçeği kişisel eşya ve günlük faaliyetler ölçeği puan ortalamaları incelenmektedir. Hastaların kişisel eşya ve günlük faaliyet altölçeği puan ortalamaları $X=7.59\pm 1.59$ bulunmuştur.

Grafik 2. Hastaların Yaşam Niteliği Altölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı



3.7. HASTALARIN YAŞAM NİTELİĞİ PUAN ORTALAMALARININ TANITICI ÖZELLİKLERİNE GÖRE İNCELENMESİ.

Tablo 23: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Cinsiyetlerine Göre Dağılımı.

	Cinsiyet	N	X	z	p
Yaşam niteliği toplam	Kadın	43	63.2	-1.29	0.20
	Erkek	72	54.9		
Kişilerarası ilişkiler	Kadın	43	63.4	-1.36	0.17
	Erkek	72	54.7		
Mesleki rol	Kadın	43	61.7	-0.93	0.35
	Erkek	72	55.8		
Ruhsal bulgular	Kadın	43	63.6	0.16	0.16
	Erkek	72	54.6		
Kişisel eşya/faaliyet	Kadın	43	61.9	0.32	0.32
	Erkek	72	55.7		

Tablo 23’de hastaların yaşam niteliği puan ortalamalarının cinsiyetlerine göre dağılımı incelenmektedir.

Yapılan istatistiksel analizde hastaların cinsiyetleri ile altölçek kişilerarası ilişkiler ($z=-1.36$, $p=0.17$), mesleki rol ($z=-0.93$, $p=0.35$), ruhsal bulgular ($z=0.16$, $p=0.16$), kişisel eşya/faaliyetler ($z=0.32$, $p=0.32$), yaşam niteliği toplam ($z=-1.29$, $p=0.20$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 24: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı (n=115).

	Medeni durum	N	X	z	p
Yaşam niteliği toplam	Bekar	98	53.7	-2.73	0.01
	Evli	15	78.5		
Kişilerarası ilişkiler	Bekar	98	53.4	-2.94	0.01
	Evli	15	80.2		
Mesleki rol	Bekar	98	54.4	-2.13	0.03
	Evli	15	73.7		
Ruhsal bulgular	Bekar	98	55.0	-1.68	0.09
	Evli	15	70.2		
Kişisel eşya/faaliyet	Bekar	98	55.6	-1.17	0.24
	Evli	15	66.0		

Tablo24’de hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçeklerinin puan ortalamalarının medeni durumlarına göre dağılımı incelenmektedir.

Yapılan istatistiksel analizde hastaların medeni durumları ile ruhsal bulgular ($z=-1.68$, $p>0.05$), kişisel eşya/faaliyetler ($z=-1.17$, $p>0.05$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır.

Medeni durumları ile kişiler arası ilişkiler ($z=-2.94$, $p<0.05$), mesleki rol ($z=-2.13$, $p<0.05$) ve yaşam niteliği toplam ($z=-2.73$, $p<0.05$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 25: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı.

	Eğitim düzeyi	N	X	x²	p
Yaşam niteliği toplam	Okuryazar/ İlkokul mezunu	10	44.7	23.5	0.00
	Ortaokul/ Lise mezunu	80	50.8		
	Yüksekokul/ Fakülte mezunu	25	86.4		
Kişilerarası ilişkiler	Okuryazar/ İlkokul mezunu	10	41.5	14.6	0.00
	Ortaokul/ Lise mezunu	80	53.3		
	Yüksekokul/ Fakülte mezunu	25	79.6		
Mesleki rol	Okuryazar/ İlkokul mezunu	10	54.4	13.9	0.00
	Ortaokul/ Lise mezunu	80	51.6		
	Yüksekokul/ Fakülte mezunu	25	79.8		
Ruhsal bulgular	Okuryazar/ İlkokul mezunu	10	46.8	24.9	0.00
	Ortaokul/ Lise mezunu	80	50.3		
	Yüksekokul/ Fakülte mezunu	25	87.2		
Kişisel eşya/faaliyet	Okuryazar/ İlkokul mezunu	10	41.1	27.3	0.00
	Ortaokul/ Lise mezunu	80	50.8		
	Yüksekokul/ Fakülte mezunu	25	87.7		

Tablo 25’de hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçeklerinin puan ortalamalarının eğitim düzeylerine göre dağılımı incelenmektedir.

Yapılan istatistiksel analizde hastaların eğitim düzeyleri ile kişilerarası ilişkiler ($x^2=14.6$, $p=0.00$), mesleki rol ($x^2=13.9$, $p=0.00$), ruhsal bulgular ($x^2= 24.9$, $p=0.00$), kişisel eşya/faaliyetler ($x^2=27.3$, $p=0.00$), yaşam niteliği toplam ($x^2=23.5$, $p=0.00$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 26: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Çalışma Durumlarına Göre Dağılımı.

	Çalışma durumu	N	X	z	p
Yaşam niteliği toplam	Çalışan	29	85.9	-5.21	0.00
	Çalışmayan	86	48.6		
Kişilerarası ilişkiler	Çalışan	29	76.3	-3.43	0.00
	Çalışmayan	86	51.8		
Mesleki rol	Çalışan	29	90.7	-6.13	0.00
	Çalışmayan	86	47.0		
Ruhsal bulgular	Çalışan	29	81.8	-4.46	0.00
	Çalışmayan	86	50.0		
Kişisel eşya/faaliyet	Çalışan	29	78.5	-3.91	0.00
	Çalışmayan	86	51.1		

Tablo 26’da hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçeklerinin puan ortalamalarının çalışma durumlarına göre dağılımı incelenmektedir.

Yapılan istatistiksel analizde hastaların çalışma durumları ile kişilerarası ilişkiler ($z=-3.43$, $p=0.00$), mesleki rol ($z=-6.13$, $p=0.00$), ruhsal bulgular ($z=-4.46$, $p=0.00$), kişisel eşya/faaliyetler ($z=-3.91$, $p=0.00$), yaşam niteliği toplam ($z=-5.21$, $p=0.00$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 27: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Gelir Düzeylerine Göre Dağılımı.

	Gelir düzeyi	N	X	x²	p
Yaşam niteliği toplam	Gelir giderden yüksek	5	86.2	12.7	0.00
	Gelir ve giderler dengeli	86	61.7		
	Gelir giderden düşük	24	38.7		
Kişilerarası ilişkiler	Gelir giderden yüksek	5	77.7	10.2	0.01
	Gelir ve giderler dengeli	86	61.9		
	Gelir giderden düşük	24	39.8		
Mesleki rol	Gelir giderden düşük	5	88.3	10.4	0.01
	Gelir ve giderler dengeli	86	60.7		
	Gelir giderden düşük	24	41.9		
Ruhsal bulgular	Gelir giderden yüksek	5	81.2	13.5	0.00
	Gelir ve giderler dengeli	86	62.5		
	Gelir giderden düşük	24	37.1		
Kişisel eşya/faaliyet	Gelir giderden yüksek	5	93.6	9.02	0.01
	Gelir ve giderler dengeli	86	59.1		
	Gelir giderden düşük	24	46.5		

Tablo 27’de hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçeklerinin puan ortalamalarının gelir düzeylerine göre dağılımı incelenmektedir.

Yapılan istatistiksel analizde hastaların gelir düzeyleri ile kişilerarası ilişkiler ($x^2=10.2$, $p=0.01$), mesleki rol ($x^2=10.4$, $p=0.01$), ruhsal bulgular ($x^2=13.5$, $p=0.00$), kişisel eşya/faaliyetler ($x^2=9.02$, $p=0.01$), yaşam niteliği toplam ($x^2=12.7$, $p=0.00$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 28: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Hastaneye Yatma Durumlarına Göre Dağılımı.

	Hastaneye yatma durumu	N	X	t / z	p
Yaşam niteliği toplam	Hastaneye yatan	56	57.3	t= -2.41	0.02
	Hastaneye yatmayan	59	63.7		
Kişilerarası ilişkiler	Hastaneye yatan	56	19.2	t= -2.04	0.04
	Hastaneye yatmayan	59	21.5		
Mesleki rol	Hastaneye yatan	56	52.8	z= -1.63	0.10
	Hastaneye yatmayan	59	62.9		
Ruhsal bulgular	Hastaneye yatan	56	53.1	z= -1.53	0.12
	Hastaneye yatmayan	59	62.6		
Kişisel eşya/faaliyet	Hastaneye yatan	56	49.0	z= -2.88	0.00
	Hastaneye yatmayan	59	66.5		

Tablo28’de hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçeklerinin puan ortalamalarının hastaneye yatma durumlarına göre dağılımı incelenmektedir.

Yapılan istatistiksel analizde hastaların hastaneye yatma durumları ile mesleki rol ($z=-1.63$, $p=0.10$) ruhsal bulgular ($z=-1.53$, $p=0.12$) ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır.

Hastaneye yatma durumları ile kişilerarası ilişkiler ($t=-2.04$, $p=0.04$), kişisel eşya/faaliyetler ($z=-2.88$, $p=0.00$), yaşam niteliği toplam ($t=-2.41$, $p=0.02$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 29: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının İlaç Tedavilerine Göre Dağılımı.

	İlaç tedavisi	N	X	z	p
Yaşam niteliği toplam	Atipik antipsikotik	59	60.5	-2.64	0.00
	Atipik antipsikotik+antidepresan	47	44.7		
Kişilerarası ilişkiler	Atipik antipsikotik	59	61.3	-2.94	0.00
	Atipik antipsikotik+antidepresan	47	43.7		
Mesleki rol	Atipik antipsikotik	59	57.8	-1.62	0.10
	Atipik antipsikotik+antidepresan	47	48.1		
Ruhsal bulgular	Atipik antipsikotik	59	57.5	-1.53	0.13
	Atipik antipsikotik+antidepresan	47	48.4		
Kişisel eşya/faaliyet	Atipik antipsikotik	59	61.6	-3.11	0.00
	Atipik antipsikotik+antidepresan	47	43.3		

Tablo 29’da hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçeklerinin puan ortalamalarının ilaç tedavilerine göre dağılımı incelenmektedir.

Yapılan istatistiksel analizde hastaların ilaç tedavileri ile mesleki rol($z=-1.62$, $p=0.10$), ruhsal bulgular ($z=-1.53$, $p=0.13$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır.

İlaç tedavileri ile kişilerarası ilişkiler ($z=-2.94$, $p=0.00$), kişisel eşya/faaliyetler ($z=-3.11$, $p=0.00$), yaşam niteliği toplam ($z=-2.64$, $p=0.00$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 30: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Tıp Dışı Kişilere Başvurma Durumlarına Göre Dağılımı.

	Tıp dışı kişilere başvurma durumu	N	X	t / z	p
Yaşam niteliği toplam	Başvuran	73	58.8	t=-1.74	0.08
	Başvurmayan	42	63.7		
Kişilerarası ilişkiler	Başvuran	73	19.7	t=-1.44	0.15
	Başvurmayan	42	21.4		
Mesleki rol	Başvuran	73	53.7	z=-1.83	0.07
	Başvurmayan	42	65.4		
Ruhsal bulgular	Başvuran	73	54.4	z=-1.52	0.13
	Başvurmayan	42	64.2		
Kişisel eşya/faaliyet	Başvuran	73	56.3	z=-0.73	0.46
	Başvurmayan	42	60.9		

Tablo 30'da hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçeklerinin puan ortalamalarının tıp dışı kişilere başvurma durumlarına göre dağılımı incelenmektedir.

Yapılan istatistiksel analizde hastaların tıp dışı kişilere başvurma durumları ile kişilerarası ilişkiler (t=-1.44, p=0.15), mesleki rol (z=-1.83, p=0.07), ruhsal bulgular (z=-1.52, p=0.13), kişisel eşya/faaliyetler (z=-0.73, p=0.46), yaşam niteliği toplam (t=-1.74, p=0.08) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark olmadığı saptanmıştır.

Tablo 31: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Hastalıkla İlgili Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı.

	Hastalıkla ilgili eğitim alma durumu	N	X	t / z	p
Yaşam niteliği toplam	Eğitim alan	33	73.2	t=7.04	0.00
	Eğitim almayan	82	55.5		
Kişilerarası ilişkiler	Eğitim alan	33	81.9	z=-4.89	0.00
	Eğitim almayan	82	48.4		
Mesleki rol	Eğitim alan	33	78.6	z=-4.23	0.00
	Eğitim almayan	82	49.7		
Ruhsal bulgular	Eğitim alan	33	83.9	z=-5.32	0.00
	Eğitim almayan	82	47.6		
Kişisel eşya/faaliyet	Eğitim alan	33	81.7	z=-4.95	0.00
	Eğitim almayan	82	48.4		

Tablo 31’de hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçeklerinin puan ortalamalarının hastalıkla ilgili eğitim durumlarına göre incelenmektedir.

Yapılan istatistiksel analizde hastaların hastalıkla ilgili eğitim alma durumları ile kişilerarası ilişkiler ($z=-4.89$, $p=0.00$), mesleki rol ($z=-4.23$, $p=0.00$), ruhsal bulgular ($z=-5.32$, $p=0.00$), kişisel eşya/faaliyetler ($z=-4.95$, $p=0.00$), yaşam niteliği toplam ($t=7.04$, $p=0.00$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 32: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Psikososyal Beceri Eğitimi Grubuna Katılma Durumuna Göre Dağılımı.

	Psikososyal beceri grubuna katılma durumu	N	X	t / z	p
Yaşam niteliği toplam	Gruba katılan	33	73.2	t=-7.04	0.00
	Gruba katılmayan	82	55.5		
Kişilerarası ilişkiler	Gruba katılan	33	81.9	z=-4.89	0.00
	Gruba katılmayan	82	48.4		
Mesleki rol	Gruba katılan	33	78.6	z=-4.23	0.00
	Gruba katılmayan	82	49.7		
Ruhsal bulgular	Gruba katılan	33	83.9	z=-5.32	0.00
	Gruba katılmayan	82	47.6		
Kişisel eşya/faaliyet	Gruba katılan	33	81.7	z=-4.95	0.00
	Gruba katılmayan	82	48.4		

Tablo 32’de hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçeklerinin puan ortalamalarının hastalıkla ilgili psikososyal beceri eğitimi grubuna katılma durumlarına göre dağılımı incelenmektedir.

Yapılan istatistiksel analizde hastaların hastalıkla ilgili psikososyal beceri eğitimi grubuna katılma durumları ile yaşam niteliği puan ortalamaları arasındaki fark eğitim alma durumlarıyla aynı olup, aralarında anlamlı düzeyde bir fark olduğu bulunmuştur.

3.8. HASTALARIN YAŞAM NİTELİĞİ PUAN ORTALAMARININ YAŞAM MEMNUNİYETLERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ.

Tablo 33: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının Yaşam Memnuniyetleri İle Korelasyonunun Dağılımı.

Pearson korelasyon katsayısı	Yaşam memnuniyetleri
Yaşam niteliği toplam	0.51**
Kişilerarası ilişkiler	0.46**
Mesleki rol	0.43**
Ruhsal bulgular	0.44**
Kişisel eşya/faaliyet	0.44**

**p<0.01

Tablo 33’de hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçeklerinin puan ortalamaları ile yaşam memnuniyetleri arasındaki ilişki incelenmektedir.

Yapılan istatistiksel analizde hastaların yaşam memnuniyetleri puan ortalamaları ile kişilerarası ilişkiler ($r=0.46^{**}$, $p<0.01$), mesleki rol ($r=0.43^{**}$, $p<0.01$), ruhsal bulgular ($r=0.44^{**}$, $p<0.01$), kişisel eşya/faaliyetler ($r=0.44^{**}$, $p<0.01$), yaşam niteliği toplam ($r=0.51^{**}$, $p<0.01$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

3.9. HASTALARIN YAŞAM NİTELİĞİ PUAN ORTALAMALARI İLE PANSS ve ALTÖLÇEKLERİ PUAN ORTALAMALARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.

Tablo 34: Hastaların Yaşam Niteliği Puan Ortalamalarının PANSS Ve Altölçekleri Puan Ortalamaları İle Korelasyonunun Dağılımı.

Pearson korelasyon Katsayısı	PANSS toplam	P ölçeği	N ölçeği	G ölçeği
Yaşam niteliği toplam	-0.62**	-0.43**	-0.56**	-0.60**
Kişilerarası ilişkiler	-0.58**	-0.36**	-0.58**	-0.53**
Mesleki rol	-0.51**	-0.41**	-0.38**	-0.53**
Ruhsal bulgular	-0.55**	-0.41**	-0.48**	-0.54**
Kişisel eşya/faaliyet	-0.46**	-0.27**	-0.43**	-0.44**

** p<0.01

Tablo 34’de hastaların yaşam niteliği puan ortalamalarının PANSS ve altölçekleri puan ortalamaları ile ilişkisi incelenmektedir.

Yapılan istatistiksel analizde hastaların PANSS toplam puanları ile yaşam niteliği toplam ($r=-0.62$, $p<0.01$), kişilerarası ilişkiler ($r=-0.58$, $p<0.01$), mesleki rol($r=-0.51$, $p<0.01$), ruhsal bulgular ($r=-0.55$, $p<0.01$), kişisel eşya/faaliyetler ($r=-0.46$, $p<0.01$) puan ortalamalarının arasında anlamlı düzeyde negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Hastaların P ölçeği puanları ile yaşam niteliği toplam ($r=-0.43$, $p<0.01$), kişilerarası ilişkiler ($r=-0.36$, $p<0.01$), mesleki rol ($r=-0.41$, $p<0.01$), ruhsal bulgular ($r=-0.41$, $p<0.01$),

kişisel eşya/faaliyetler ($r=-0.27$, $p<0.01$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Hastaların N ölçeği puanları ile yaşam niteliği toplam ($r=-0.56$, $p<0.01$), kişilerarası ilişkiler ($r=-0.58$, $p<0.01$), mesleki rol ($r=-0.38$, $p<0.01$), ruhsal bulgular ($r=-0.48$, $p<0.01$), kişisel eşya/faaliyetler ($r=-0.43$, $p<0.01$) puan ortalamalarının arasında anlamlı düzeyde negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Hastaların G ölçeği puanları ile yaşam niteliği toplam ($r=-0.60$, $p<0.01$), kişilerarası ilişkiler ($r=-0.53$, $p<0.01$), mesleki rol ($r=-0.53$, $p<0.01$), ruhsal bulgular ($r=-0.54$, $p<0.01$), kişisel eşya/faaliyetler ($r=-0.44$, $p<0.01$) puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.



BÖLÜM IV

TARTIŞMA

4.1. HASTALARA İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

Bu bölümde hastaların sosyodemografik özellikleri tanıtılmıştır. Bu sosyodemografik özellikler hastaların yaşları, cinsiyetleri, medeni durumu, çocuk sayısı, aile tipi, eğitim durumu, mesleki durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi, en uzun süre yaşadıkları yerleri kapsamaktadır.

Hastalar yaş gruplarına göre incelendiğinde; araştırma kapsamına giren 115 hastanın %61.6'sı 20-29, %31.4'ü 30-39, %7.0'ı 40 ve üzeri yaş grubunda olup, hastaların yaş ortalaması 28.68 ± 6.13 'dür (Tablo 1). Şizofreni bozukluğu olan hastalarla yapılan araştırmalar incelendiğinde, hastaların yaş ortalaması, Soygür ve ark. (2000)'nin yaptığı çalışmada 35 ± 7.14 , Babacan Gümüş (2002)'ün yaptığı çalışmada 31.38 ± 7.78 , Deniz ve ark. (1998)'nin 34 ± 9.2 olarak bulunmuş olup, araştırmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların cinsiyet durumları incelendiğinde; %37.4'ü kadın, %62.6'sı erkek olarak bulunmuştur (Tablo 1). Şizofreni bozukluğu olan hastalarla yapılan araştırmalar incelendiğinde hastaların, Deniz ve ark(1998)'nin yaptığı çalışmada %66.0'ı erkek, %34.0'ı kadın, Soygür ve ark. (2000)'nin yaptığı çalışmada %62.5'i erkek, %37.5'i kadın, Babacan Gümüş (2002)'ün yaptığı çalışmada %70.0'ı erkek, %30.0'ı kadın olarak saptanmıştır (7,14,54). Şizofreni bozukluğu olan hastalarla yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular, şimdiki araştırma bulgularını desteklemektedir.

Hastaların medeni durumları incelendiğinde; %85.2'sinin bekar, %13.0'ının evli, %1.7'sinin boşanmış veya dul olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Şizofreni bozukluğu olan hastalarla yapılan çalışmalar incelendiğinde hastaların, Soygür ve ark. (2000)'nin yaptığı çalışmada %73.5'i bekar, %9.2'si evli, %17.5'i dul, Babacan Gümüş (2002)'ün yaptığı çalışmada %73.8'i bekar, %15.0'ı evli, %11.3'ü boşanmış veya dul olarak saptanmıştır (7,54).

Literatürde şizofreni bozukluğu olan bireylerin evlilik oranlarının, toplumdaki evlilik oranlarının altında olduğu belirtilmektedir. Şizofreninin kronik bir hastalık olması, hastalık belirtilerinin ağır seyretmesi, bu bireylerin aile kurmakta güçlük çekmelerine ya da kısa sürede boşanmalarına neden olmaktadır (5,27,34).

Hastalardan evli olanların çocuk sayıları incelendiğinde; %90.4'ünün çocuğu olmadığı, %7.8'inin tek çocuğu olduğu, %1.7'sinin iki ve üzeri sayıda çocuğu olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Babacan Gümüş (2002)'ün araştırmasında hastaların, %81.3'ünün çocuğu olmadığı, %13.8'inin bir çocuğunun, %5.0'ının iki veya daha fazla çocuğunun olduğu belirtilmiş olup, araştırmamızın bulgusu ile benzerlik göstermektedir (7). Şizofreni bozukluğu olan bireylerin aile kurmakta güçlük çekmeleri çocuk sahibi olamamalarına neden olmaktadır.

Hastaların aile tipleri incelendiğinde; %95.7'sinin çekirdek, %1.7'sinin geniş, %2.6'sının parçalanmış aileye sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Şizofreni bozukluğu olan hastalarla yapılan araştırmalar incelendiğinde, Babacan Gümüş (2002)'ün yaptığı çalışmada hastaların %73.8'inin çekirdek, %8.8'inin geniş, %17.5'inin parçalanmış aileye sahip olduğu saptanmıştır (7). Bu bulgular şimdiki araştırma bulgularını desteklemektedir. Bu bulgular doğrultusunda hastaların büyük çoğunluğunun çekirdek aileye sahip olduğu görülmektedir.

Hastalar eğitim düzeylerine göre incelendiğinde; %8.7'sinin okuryazar veya ilkökul mezunu, %69.6'sının ortaokul veya lise mezunu, %21.7'sinin yüksekokul veya fakülte mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Şizofreni bozukluğu olan hastalarla yapılan çalışmalar incelendiğinde hastaların, Soygür ve ark. (2000)'nın yaptığı çalışmada %58.33'ünün ilkökul mezunu, %10.83'ünün ortaokul mezunu, %21.66'sının lise mezunu, %3.33'ünün üniversite mezunu olduğu, Babacan Gümüş (2002)'ün yaptığı çalışmada %13.8'inin okuryazar veya ilkökul mezunu, %52.5'inin ortaokul veya lise mezunu, %33.8'inin yüksekokul veya fakülte mezunu olduğu saptanmıştır (7,54). Şizofreni bozukluğu

olan hastalarla yapılan bu araştırmalardan elde edilen bulgular doğrultusunda, hastaların çoğunluğunun ilk ve orta eğitim düzeyine sahip olması, hastalığın genellikle genç yetişkinlikte başlamasıyla örtüşmektedir.

Hastaların meslek durumları incelendiğinde; %58.3'ünün mesleği olmadığı, %9.6'sının öğrenci, %5.2'sinin ev hanımı, %5.2'sinin memur, %11.3'ünün serbest meslek sahibi, %6.1'inin işçi, %2.6'sının emekli, %1.7'sinin emekli olduğu saptanmıştır (Tablo 1). Babacan Gümüş (2002)'ün şizofreni hastalarla yaptığı çalışmada hastaların, %36.3'ünün mesleğinin olmadığı, %7.5'inin öğrenci, %3.8'inin esnaf, %7.5'inin serbest meslek sahibi, %27.5'inin memur, %5.0'ının emekli, %6.3'ünün ev hanımı, %1.3'ünün çiftçi, %5.0'ının işçi olduğu bulunmuştur (7). Araştırma bulgularıyla bu sonuçlar benzerlik göstermektedir. Hastaların yarıya yakın bir kısmının mesleğinin olmaması, bu kişilerin eğitim düzeyleri, şizofreninin kronik bir hastalık olması ve hastalık belirtilerinin ağır olarak seyretmesiyle bağlantılı bir sonuçtur (5,27,34).

Hastaların çalışma durumları incelendiğinde; %25.2'sinin çalıştığı, %74.8'inin çalışmadığı saptanmıştır. Babacan Gümüş (2002)'ün şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların %60.0'ının çalışmadığı, %40.0'ının çalıştığı bulunmuştur (7). Bu bulgulara göre hastaların büyük bir çoğunluğunun çalışmadığı sonucuna varılabilir. Hastaların büyük bir kısmının çalışmaması, hastalıklarından dolayı eğitimlerinin olumsuz olarak etkilenmesi ve meslek sahibi olma oranlarının düşük olmasından kaynaklanabilir. Literatürde şizofreninin hastanın sosyal, mesleki, ruhsal ve günlük yaşamındaki işlevsellikte azalmaya neden olduğu, hastalık damgası nedeniyle bu hastaların sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda, bu kişilerin hem hastalıkları hem de toplumun olumsuz yaklaşımları nedeniyle çalışmakta zorlandıkları söylenebilir (69,70).

Hastalar gelir düzeylerine göre incelendiğinde; %74.8'inin gelir ve giderleri dengeli, %20.9'unun gelir giderden düşük, %4.3'ünün gelirin giderden yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 1)

Hastalar sosyal güvence durumlarına göre incelendiğinde; %62.6'sının emekli sandığına bağlı olduğu, %25.2'sinin SSK, %4.3'ünün Bağ-Kur, %7.8'inin sağlık güvencesi olmadığı saptanmıştır (Tablo 1). Bu araştırmada hastaların büyük çoğunluğunun emekli sandığına bağlı olmasında, araştırmanın üniversite hastanesinde yapılmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastalar en uzun süre yaşadıkları yerlere göre incelendiğinde; %72.2'sinin şehirde, %23.5'inin ilçede, %4.3'ünün köyde yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 1). Babacan Gümüş (2002)'ün şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada, hastaların %71.3'ünün şehirde, %25.0'minin ilçede, %3.8'inin köyde yaşadıkları saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların büyük çoğunluğunun uzun süre şehirde yaşadıkları söylenebilir. Literatürde şizofreninin şehirlerde ve endüstriyel bölgelerde daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (7,12).

4.2. HASTALARIN TEDAVİ OLMA VE HASTALIKLA BAŞETME DURUMLARININ İNCELENMESİ

Hastaların hastalık süreleri incelendiğinde; %40.8'inin 2-5 yıl, %39.9'unun 6-10 yıl, %19.3'ünün 10 veya daha fazla yıldan beri tedavi olduğu saptanmıştır. Hastaların hastalık sürelerinin ortalaması 7.50 ± 5.08 yıldır (Tablo 2). Şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde, hastaların ortalama hastalık süresi, Soygür ve ark (2000)'nin yaptığı çalışmada 9.24 ± 3.78 yıl, Babacan Gümüş (2002)'ün yaptığı çalışmada 8.75 ± 44.89 yıl olarak saptanmıştır (7,54,55). Şizofreni bozukluğu olan hastalarla yapılan bu araştırmalar, şimdiki araştırma bulgularını desteklemektedir.

Hastalar kullandıkları ilaç tedavilerine göre incelendiğinde; %51.3'ünün atipik antipsikotik, %40.9'unun atipik antipsikotik ve antidepresan ilaçları birlikte, %5.2'sinin atipik ve tipik antipsikotikleri birlikte, %2.6'sının tipik antipsikotik ilaç kullandığı saptanmıştır (Tablo 3). Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların büyük çoğunluğunun atipik antipsikotik veya atipik antipsikotikle birlikte antidepresan kullandıkları söylenebilir. Literatürde atipik antipsikotik ilaçların, tipik antipsikotik ilaçlara göre tedavi etkisinin yüksek, yan etkinin daha az olduğu ve postpsikotik depresyonu veya şizofreninin negatif bulguları olan hastalar için antipsikotik ilaç tedavisi ile birlikte antidepresan ilaç tedavisi de kullanılabilmesi belirtilmektedir.

Hastalar şizofreni dışında bir kronik hastalıklarının bulunması durumlarına göre incelendiğinde; %96.5'inin başka bir kronik hastalığı bulunmadığı, %3.5'inin başka bir kronik hastalığı olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Hastaların hastaneye yatma durumları incelendiğinde; %51.3'ünün hastaneye yatmadığı, %48.7'sinin hastaneye yattığı saptanmıştır (Tablo 5). Araştırma bulgularına göre yarıya yakınının hastaneye yattığı söylenebilir. Bu durum ülkemizde, hastaların ayaktan izlendiği tedavi kurumlarının yeni yeni yaygınlaşıyor olması, bu hastaların hastaneye yatma gereksinimlerini arttırmaktadır (27).

Hastaların hastaneye yatış sayıları incelendiğinde; %38.3'ünün 1-5 kez, %10.4'ünün 6 veya daha fazla kez hastaneye yattığı saptanmıştır. Hastaların ortalama yatış sayısı 1.92 ± 1.52 'dir (Tablo 6). Babacan Gümüş (2002)'ün yaptığı çalışmada 2.91 ± 6.23 olduğu, Soygür ve ark. (2000)'nin yaptığı çalışmada 6 ± 3.08 olduğu saptanmıştır (7,54). Bulgular arasındaki farklılığın örneklem farklılıklarından kaynaklanabileceği söylenebilir. Şimdiki araştırma bulgularında hastaların ortalama yatış sayılarının daha düşük olması, araştırmanın ayaktan tedavi biriminde yapılmasıyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Literatürde şizofreni bozukluğu olan bireylerin ve ailelerinin hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip

olmamaları, sosyal desteklerinin yetersiz olması, kriz durumları ile nasıl baş edeceklerini bilmemeleri gibi nedenlerden dolayı hastaların hastaneye yatma oranlarının yükseldiği belirtilmektedir (64,72).

Hastaların tedavi olmak için farklı psikiyatrist veya hastanelere başvurma durumları incelendiğinde; %94.8'inin farklı psikiyatrist veya hastanelere başvurmadığı, %5.2'sinin başvurduğu saptanmıştır (Tablo 7). Bu bulgular doğrultusunda, hastaların farklı psikiyatrist veya hastanelere başvurmamaları, beklentilerinin karşılanması yönünde, doyum bulmalarının bir göstergesi olabilir.

Hastaların tıp dışı kişilere başvurma durumları incelendiğinde; %63.5'inin tıp dışı kişilere (hacı, hoca, üfürükçü vb.) başvurduğu, %36.5'inin başvurmadığı saptanmıştır (Tablo 8). Psikiyatrik bozukluğu olan hastalarla yapılan çalışmalar incelendiğinde, hastaların Alper ve ark. (1990)'nın yaptığı çalışmada, ruhsal bozukluğu olan bireylerin %54.5'inin tıp dışı kişilere başvurduğu, Özcan ve ark. (1999)'nın yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının %85'inin, hastalıkla baş etmede, dini etkinliklerde buldukları, Babacan Gümüş (2002)'ün yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının %62.5'inin tıp dışı kişilere başvurduğu saptanmıştır (3,7,44). Hastaların tıp dışı kişilere başvurma oranlarının çok yüksek olması, toplumumuzda yaygın olarak görülen inanışlardan kaynaklanan bir çare arama davranışı olarak yorumlanabilir.

Hastaların dernek üyesi olma durumları incelendiğinde; %30.4'ünün dernek üyesi olduğu, %69.6'sının dernek üyesi olmadığı saptanmıştır (Tablo 9). Hastaların dernek üyesi olma oranlarının düşük olmasının nedenleri, şizofreni ile ilgili derneklerin yaygın olmaması, ülkemizde genel olarak toplum örgütlerine üye olma oranlarının düşük olması, hastaların var olan dernek hakkında yeterince bilgilendirilmemesi olabilir.

Hastaların hastalıklarıyla ilgili eğitim alma durumları incelendiğinde; %28.7'sinin eğitim aldığı, %71.3'ünün eğitim almadığı saptanmıştır (Tablo 10). Babacan Gümüş (2002)'ün yaptığı araştırmada hastaların, %6.2'sinin eğitim aldığı, %93.8'inin eğitim almadığı saptanmıştır (7). Bulgular arasındaki farklılığın, şimdiki çalışmanın yapılmış olduğu birimde 3 yıldır, çeşitli merkezlerde kullanılan tedavi programlarından sosyal beceri eğitimi, ruhsal eğitim, aile eğitimi, bilişsel rehabilitasyon ve kişilerarası grup tedavisi tekniklerini kullanarak oluşturulmuş olan ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi programının uygulanıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların hastalıklarıyla ilgili psikososyal beceri eğitimi grubuna katılma durumları incelendiğinde; %28.7'sinin katıldığı, %71.3'ünün katılmadığı saptanmıştır (Tablo 11). Hastaların hastalıklarıyla ilgili eğitim alma durumları ile psikososyal beceri eğitimi grubuna katılma durumlarının oranları eşit olarak bulunmuştur. Bu bulguların eşit olması araştırmanın yapılmış olduğu birimde uygulanan ruhsal ve toplumsal beceri eğitimi programı kapsamında hem sosyal beceri eğitimi hem de ruhsal eğitimin yer almasından kaynaklanmaktadır.

4.3. HASTALARIN TEDAVİ ORTAMINDA KENDİLERİNİ KÖTÜ

HİSSETMELERİNE NEDEN OLAN DURUMLARIN İNCELENMESİ.

Hastaların tedavi ortamında kendilerini kötü hissetmelerine neden olan durumlar incelendiğinde; %91.4'ünün bir neden olmadığını, %4.3'ünün yakın ilgi, anlayış gösterilmemesi, %4.3'ünün bürokratik işlerin fazlalığından dolayı kendilerini kötü hissettikleri saptanmıştır (Tablo 12). Bu bulgular doğrultusunda hastaların büyük oranının tedavi ortamıyla ilgili sorunu olmadığını görülmektedir. Bu sonucu araştırmacının araştırmayı yapmış olduğu birimde çalışıyor olmasının da etkileyeceği düşünülmektedir.

4.4. HASTALARIN YAŞAM MEMNUNİYETLERİ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ.

Hastaların genel olarak yaşamlarından memnuniyetleri incelendiğinde; %47.9'unun orta derecede memnun, %36.5'inin memnun, %13.0'ının biraz memnun, %0.9'unun oldukça memnun olduğu, %1.7'sinin hiç memnun olmadığı saptanmıştır (Tablo 13).

4.5. HASTALARIN POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ(PANSS) PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ.

4.5.1. HASTALARIN PANSS TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ.

Hastaların PANSS Toplam puan ortalamaları incelendiğinde;

Hastaların PANSS Toplam puanları en fazla 99.0 ile en az 32.0 arasında değişmektedir (Tablo 14).

Hastaların, PANSS Toplam puan ortalamasının ($X=61.4\pm 13.0$) olduğu saptanmıştır (Tablo 14). Veznedaroğlu ve ark. (2004)'nın şizofreni bozukluğu olan iki farklı hasta grubunda yaptığı kontrollü çalışmada, hastaların PANSS puan ortalamaları başlangıç 63.53 ± 14.48 ile 66.86 ± 13.60 , son 53.33 ± 15.71 ile 66.00 ± 19.84 olarak saptanmıştır. Şizofreni bozukluğu olan hastalarla yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular, şimdiki araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

4.5.2. HASTALARIN PANSS POZİTİF PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ

Hastaların PANSS pozitif puanları en fazla 19.0 ile en az 7.00 arasında değişmektedir (Tablo 15).

Hastaların PANSS pozitif puan ortalamasının ($X=11.3\pm 2.90$) olduğu saptanmıştır (Tablo 15). Hastaların PANSS pozitif puan ortalamalarının çok yüksek olmamasının sebebi, araştırma kapsamına alınan hastaların akut alevlenmesinin olmamasından kaynaklanabilir.

4.5.3. HASTALARIN PANSS NEGATİF PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ.

Hastaların PANSS negatif puanları en fazla 36.0 ile en az 8.00 arasında değişmektedir (Tablo 16).

Hastaların PANSS negatif puan ortalamasının ($X=18.2\pm 5.52$) olduğu saptanmıştır (Tablo 16). Literatürde şizofreni bozukluğu olan hastaların tedavisinde antipsikotiklerin alevlenme, yinelenme ve hastaneye yatış oranlarını düşürmekle birlikte hastaların toplumsal işlevsellikleri düşüklüğü, negatif belirtilerindeki yüksekliği önleyemediği belirtilmektedir.

4.5.4. HASTALARIN PANSS GENEL PSİKOPATOLOJİ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ.

Hastaların PANSS genel psikopatoloji puanları en fazla 53.0 ile en az 16.0 arasında değişmektedir (Tablo 17).

Hastaların PANSS genel psikopatoloji puan ortalamasının ($X=31.8\pm 6.33$) olduğu saptanmıştır (Tablo 17).

4.6. HASTALARIN YAŞAM NİTELİĞİ PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ.

4.6.1. HASTALARIN YAŞAM NİTELİĞİ TOPLAM PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ.

Hastaların Yaşam Niteliği Toplam puanları en fazla 101.0 ile en az 24.0 arasında değişmektedir (Tablo 18).

Hastaların Yaşam Niteliği Toplam puan ortalamasının ($X=60.6\pm 14.5$) olduğu saptanmıştır (Tablo 18). Veznedaroğlu ve ark.(2004)'nın şizofreni bozukluğu olan iki farklı hasta grubunda yaptığı kontrollü çalışmada hastaların, yaşam niteliği toplam puan ortalamaları başlangıç ölçeği 64.46 ± 19.58 ile 52.73 ± 13.39 , son ölçek 89.67 ± 24.10 ile 53.40 ± 14.48 olarak saptanmıştır. Bu çalışmanın bulguları, şimdiki araştırma bulgularını desteklemektedir.

4.6.2. HASTALARIN YNÖ (YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ) KİŞİLERARASI İLİŞKİLER PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ.

Hastaların YNÖ kişilerarası ilişkiler puanları en fazla 41.0 ile 6.00 arasında değişmektedir (Tablo 19).

Hastaların YNÖ kişilerarası ilişkiler puan ortalamasının ($X=20.3\pm 6.21$) olduğu saptanmıştır.

4.6.3. HASTALARIN YNÖ MESLEKİ ROL PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ.

Hastaların YNÖ mesleki rol puanları en fazla 20.0 ile 3.00 arasında değişmektedir (Tablo 20).

Hastaların YNÖ mesleki rol puan ortalamasının ($X=10.0\pm3.93$) olduğu saptanmıştır (Tablo 20).

4.6.4. HASTALARIN YNÖ RUHSAL BULGULAR PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ.

Hastaların YNÖ ruhsal bulgular puanları en fazla 37.0 ile 10.0 arasında değişmektedir (Tablo 21).

Hastaların YNÖ ruhsal bulgular puan ortalamasının ($X=22.6\pm4.84$) olduğu saptanmıştır (Tablo 21).

4.6.5. HASTALARIN YNÖ KİŞİSEL EŞYA VE GÜNLÜK FAALİYET PUAN ORTALAMALARININ İNCELENMESİ.

Hastaların YNÖ kişisel eşya ve günlük faaliyet puanları en fazla 12.0 ile 4.00 arasında değişmektedir (Tablo 22).

Hastaların YNÖ kişisel eşya ve günlük faaliyet puan ortalamasının ($X=7.59\pm1.59$) olduğu saptanmıştır (Tablo 22).

4.7. HASTALARIN YAŞAM NİTELİĞİ PUAN ORTALAMALARININ TANITICI ÖZELLİKLERE GÖRE İNCELENMESİ

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamaları ile cinsiyetleri arasında yapılan Mann-Whitney U testlerinde, yaşam niteliği toplam ve tüm alt ölçekler puan ortalamaları ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 23).

Bu bulgulara göre hastaların yaşam niteliği puanlarının cinsiyetlere göre farklılık göstermediği söylenebilir. Bu bulgu, bu konuda yapılan çalışma olmamasından dolayı karşılaştırılamamaktadır.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamaları ile medeni durumları arasında yapılan U testlerinde, ruhsal bulgular, kişisel eşya/faaliyetleri ile medeni durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmamış ($p>0.05$), kişilerarası ilişkiler, mesleki rol, yaşam niteliği toplam puan ortalamaları ile medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 24).

Bu bulgulara göre hastaların ruhsal bulgular, kişisel eşya/faaliyet puanlarının medeni durumlara göre farklılık göstermediği, kişilerarası ilişkiler, mesleki rol, yaşam niteliği toplam puanlarının medeni durumlarına göre farklılık gösterdiği, evli olan hastaların bekar olanlara göre kişilerarası ilişkileri, mesleki rol uyumları ve yaşam niteliklerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında yapılan Kruskal Wallis H testlerinde, yaşam niteliği toplam ve altölçekler puan ortalamaları ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 25).

Bu bulgulara göre hastaların yaşam niteliği puanlarının eğitim durumlarına göre farklılık gösterdiği, eğitim düzeyi yüksek olanların yaşam niteliklerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Eğitim ile bireyin kişilerarası ilişkilerini geliştirerek, bir bütün olarak yaşam kalitesini arttırmaktadır.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında yapılan U testlerinde, yaşam niteliği toplam ve altölçekler puan ortalamaları ile çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 26).

Bu bulgular doğrultusunda hastaların çalışma durumlarına göre yaşam niteliği puanlarının farklılık gösterdiği, çalışan hastaların çalışmayanlara göre yaşam niteliği puanlarının yüksek olduğu söylenebilir.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamaları ile gelir düzeyleri arasında yapılan Kruskal Wallis H testlerinde, yaşam niteliği toplam ve altölçekler puan ortalamaları ile gelir düzeyleri arasında anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 27).

Bu bulgular doğrultusunda hastaların gelir düzeylerine göre yaşam niteliği puanlarının farklılık gösterdiği söylenebilir. Bu bulgular bu konuda yapılan çalışma olmamasından dolayı karşılaştırılmamaktadır.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamaları ile hastaneye yatma durumları arasında yapılan U testlerinde, mesleki rol ve ruhsal bulgular puan ortalamaları ile hastaneye yatma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmamış ($p>0.05$), kişiler arası ilişkiler, kişisel eşya/faaliyetler, yaşam niteliği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 28).

Bu bulgular doğrultusunda ruhsal bulgular ve mesleki rol puanlarının hastaların hastaneye yatma durumlarına göre farklılık göstermediği, kişilerarası ilişkiler, kişisel eşya/faaliyetler, yaşam niteliği toplam puanlarının hastaların hastaneye yatma durumlarına göre farklılık gösterdiği söylenebilir. Hastaların hastaneye yatması ya da yatmaması ruhsal bulgular ve mesleki rol puanlarını değiştirmezken, hastaneye yatan hastaların yatmayanlara göre kişiler arası ilişkiler, kişisel eşya/faaliyetler, yaşam niteliği toplam puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamaları ile hastalıkla ilgili ilaç tedavileri arasında yapılan U testlerinde, ruhsal bulgular ve mesleki rol puan ortalamaları ile ilaç tedavileri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmamış ($p>0.05$), kişilerarası

ilişkiler, kişisel eşya/faaliyetler, yaşam niteliği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 29).

Bu bulgular doğrultusunda ruhsal bulgular ve mesleki rol puanlarının hastaların ilaç tedavilerine göre farklılık göstermediği, kişilerarası ilişkiler, kişisel eşya/faaliyetler, yaşam niteliği toplam puanlarının atipik antipsikotik tedavi alanlarda atipik antipsikotik ile birlikte antidepresan tedavi alanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buradan atipik antipsikotik ilaçlar ile birlikte antidepresan tedavi alan hastaların, depresyonu yada hastalığın negatif belirtileri nedeniyle yaşam niteliklerinin düşük olduğu söylenebilir.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamaları ile tıp dışı kişilere başvurma durumları arasında yapılan U testlerinde, yaşam niteliği toplam ve tüm altölçek puan ortalamaları ile tıp dışı kişilere başvurma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklar saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 30).

Bu bulgulara göre hastaların yaşam niteliklerinin tıp dışı kişilere başvurma durumlarına göre farklılık göstermediği, tıp dışı kişilere başvurmanın eğitim düzeyleri ve gelir düzeyi ile çok ilişkili olmadığı düşünülebilir.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçekleri puan ortalamaları ile hastalık ile ilgili eğitim alma durumları arasında yapılan U testlerinde, yaşam niteliği toplam ve tüm altölçek puan ortalamaları ile hastalık ile ilgili eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak oldukça anlamlı farklar saptanmıştır ($p=0.00$) (Tablo 31).

Bu bulgulara göre yaşam niteliği puanlarının hastalık ile ilgili eğitim alma durumlarına göre farklılık gösterdiği, eğitim alanların almayanlara göre yaşam niteliklerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçekleri puan ortalamaları ile hastalıklarıyla ilgili psikososyal beceri grubuna katılma durumları arasında yapılan U testlerinde, yaşam

niteliği toplam ve tüm altölçek puan ortalamaları ile psikososyal beceri grubuna katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır ($p=0.00$) (Tablo 32).

Bu bulgulara göre yaşam niteliği puanlarının hastaların psikososyal beceri grubuna katılma durumuna göre farklılık gösterdiği, psikososyal beceri grubuna katılanların katılmayanlara göre yaşam niteliklerinin daha yüksek olduğu söylenebilir. Veznedaroğlu ve ark.(2004)'nın şizofreni bozukluğu olan iki farklı hasta grubunda yaptığı kontrollü çalışmada, psikososyal beceri grubu öncesi ve sonrası hastaların yaşam niteliği puanları arasında oldukça anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($z=-3.35$, $p=0.00$) (76). Bu bulgu şimdiki araştırma bulguları ile birbirini desteklemektedir.

4.8. HASTALARIN YAŞAM NİTELİĞİ PUANLARI İLE YAŞAM MEMNUNİYETLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamaları ile yaşam memnuniyetleri arasındaki ilişki incelendiğinde; yaşam niteliği toplam ve tüm altölçek puan ortalamaları ile hastaların yaşam memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır ******($p<0.01$) (Tablo 33).

Bu bulgulara göre yaşam niteliği puanları ile hastaların kendilerinin ifade ettikleri yaşam memnuniyetlerinin pozitif bir ilişki gösterdiği, hastaların kendi algıladıkları yaşam memnuniyetlerinin yaşam nitelikleri ile uyumlu olduğu söylenebilir. Bu bulgu, bu konuda yapılan çalışma olmamasından dolayı karşılaştırılamamaktadır.

4.9. HASTALARIN YAŞAM NİTELİĞİ PUANLARI İLE PANSS ve ALTÖLÇEK PUANLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puanları ile PANSS ve altölçek puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaşam niteliği toplam ve altölçek puanları ile PANSS toplam, P ölçeği, N ölçeği, G ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır ******($p<0.01$) (Tablo 34).

Bu bulgulara göre yaşam niteliği toplam ve tüm altölçek puanları ile PANSS toplam, P ölçeği, N ölçeği, G ölçeği puanlarının aralarında negatif bir ilişki gösterdiği, hastaların PANSS puanlarının düşmesi ile yaşam niteliğinin yükseldiği söylenebilir. Veznedaroğlu ve ark. (2004)'nin şizofreni bozukluğu olan iki farklı hasta grubunda yaptığı kontrollü çalışmada, psikososyal beceri grubuna katılan hastaların grup sonrası yaşam niteliği puan ortalamalarının arttığı, PANSS puan ortalamalarının azaldığı saptanmıştır (76). Bu bulgu ile şimdiki araştırma bulguları birbirini desteklemektedir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

A. SONUÇ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Psikoz Birimi'nde ayaktan tedavi

gören şizofreni bozukluğu olan bireylerin yaşam niteliğinin Şizofrenik bozukluğu olan bireylerde yaşam niteliği ile hasatlığın pozitif, negatif belirtileri ve genel psikopatoloji arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan araştırma bulgularına göre;

Araştırma kapsamına giren hastaların %61.6'sı 20-29 yaş grubunda olup, yaş ortalamasının 28.68 ± 6.13 olduğu bulunmuştur. Hastaların, %62.6'sı erkek, %85.2'sinin bekar, %90.4'ünün çocuğunun olmadığı, %95.7'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %69.6'sının ortaokul veya lise mezunu olduğu, %58.3'ünün mesleğinin olmadığı, %74.8'inin çalışmadığı, %74.8'inin gelir ve giderlerinin dengeli olduğu, %62.6'sının emekli sandığına bağlı olduğu, %72.2'sinin en uzun süre şehirde yaşadığı saptanmıştır.

Hastaların, %40.8'inin 2-5 yıldan beri hasta olup, hastalık sürelerinin ortalaması $X=7.50 \pm 5.08$ olarak bulunmuştur. Hastaların %51.3'ünün atipik antipsikotik ilaç tedavisi aldığı, %96.5'inin başka bir kronik hastalığı bulunmadığı, %51.3'ünün hastaneye yatmadığı, %38.3'ünün 1-5 kez hastaneye yattığı, %5.2'sinin farklı psikiyatrist veya hastanelere başvurduğu, %63.5'inin tıp dışı kişilere (hacı, hoca, üfürükçü vb.) başvurduğu, %69.6'sının dernek üyesi olmadığı, %28.7'sinin hastalıkla ilgili eğitim aldığı, %28.7'sinin hastalıkla ilgili psikososyal beceri grubuna katıldığı saptanmıştır.

Hastaların %91.4'ünün tedavi ortamında kendilerini kötü hissetmelerine neden olan bir durum olmadığını, %4.3'ü yakın ilgi ve anlayış gösterilmediğini, %4.3'ü bürokratik işlerin

fazla olduğunu belirtmiştir. Hastaların %47.9'u yaşamlarından orta derecede memnun olduklarını ifade etmiştir.

Hastaların 3 altölçekten oluşan PANSS puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların PANSS puan ortalaması ($X=61.4\pm 13.0$), pozitif belirtiler (P) puan ortalaması ($X=11.3\pm 2.90$), negatif belirtiler (N) puan ortalaması ($X=18.2\pm 5.52$), genel psikopatoloji (G) puan ortalamaları ($X=31.8\pm 6.33$) olduğu saptanmıştır.

Hastaların 4 altölçekten oluşan yaşam niteliği puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların yaşam niteliği toplam puan ortalaması ($X=60.6\pm 14.5$), kişilerarası ilişkiler puan ortalaması ($X=20.3\pm 6.21$), mesleki rol puan ortalaması ($X=10.0\pm 3.93$), ruhsal bulgular puan ortalaması ($X=22.6\pm 4.84$), kişisel eşya/faaliyetler puan ortalaması ($X=7.59\pm 1.59$) bulunmuştur.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve tüm altölçek puan ortalamalarının cinsiyete göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

Hastaların ruhsal bulgular ve kişisel eşya/faaliyetler puan ortalamalarının medeni durumlarına göre farklılık göstermediği, kişiler arası ilişkiler, mesleki rol, yaşam niteliği toplam puan ortalamalarının medeni durumlarına göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Evli olan hastaların kişiler arası ilişkiler, mesleki rol, yaşam niteliği toplam puan ortalaması bekar olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu fark anlamlı olarak saptanmıştır ($z=-2.13$, $p=0.03$).

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamalarının eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=23.55$, $p=0.00$).

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamalarının çalışma durumuna göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Çalışma durumlarına göre çalışan hastaların yaşam

niteliği puan ortalamasının çalışmayan hastalardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu fark anlamlı olarak saptanmıştır ($z=-5.21, p=0.00$).

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamalarının gelir düzeyine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde geliri giderden yüksek olan, gelir ve giderleri dengeli olan, geliri giderden düşük olan gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=12.7, p=0.00$).

Hastaların ruhsal bulgular ve mesleki rol puan ortalamalarının hastaneye yatma durumuna göre farklılık göstermediği, kişilerarası ilişkiler, kişisel eşya/faaliyetler, yaşam niteliği toplam puan ortalamalarının hastaneye yatma durumlarına göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Hastaneye yatan hastaların kişilerarası ilişkiler, kişisel eşya/faaliyetler, yaşam niteliği toplam puan ortalaması hastaneye yatmayanlardan daha düşük bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu fark anlamlı bulunmuştur ($t=-2.41, p=0.02$).

Hastaların yaşam niteliği toplam ve tüm altölçek puan ortalamalarının ilaç tedavilerine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. İlaç tedavisi olarak atipik antipsikotik ilaç alan hastaların kişilerarası ilişkiler, mesleki rol, ruhsal bulgular, kişisel eşya/faaliyetler ve yaşam niteliği toplam puan ortalamaları, atipik antipsikotikle birlikte antidepresan ilaç tedavisi alanların puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu fark anlamlı bulunmuştur ($z=-2.64, p=0.00$).

Hastaların yaşam niteliği toplam ve tüm altölçek puan ortalamalarının tıp dışı kişilere başvurma durumuna göre farklılık göstermediği saptanmıştır.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamalarının hastalıkla ilgili eğitim alma durumuna göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Hastalıkla ilgili eğitim alan hastaların yaşam niteliği ve altölçek puan ortalamalarının eğitim almayan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde bu fark anlamlı olarak saptanmıştır ($t=7.04, p=0.00$).

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamalarının hastalıkla ilgili psikososyal beceri grubuna katılma durumuna göre farklılık gösterdiği saptanmıştır. Hastalıkla ilgili psikososyal beceri grubuna katılan hastaların yaşam niteliği ve altölçek puan ortalamalarının gruba katılmayan hastalardan daha yüksek bulunmuş, yapılan istatistiksel analizde gruba katılan ve katılmayan gruplar arasındaki fark anlamlı olarak saptanmıştır ($t=7.04$, $p=0.00$).

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamalarının yaşamlarından memnuniyetleri arasındaki ilişki incelendiğinde, yapılan istatistiksel analizde anlamlı pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.01$).

Hastaların yaşam niteliği toplam ve tüm altölçek puan ortalamaların PANSS ve altölçekleri puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, her bir ölçek puan ortalamasıyla istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.01$).

Bu araştırmada, şizofrenik bozukluğu olan bireylerde yaşam niteliği ile pozitif-negatif belirtileri arasında ilişkinin bulunduğunu belirten hipotez doğrulanmıştır.

B. ÖNERİLER

- Şizofreni kronik bir hastalık olduğu için, hasta ve ailelerine gerektiğinde başvurabilecekleri danışmanlık merkezlerinin sayısının artırılması,
- Şizofreni bireyin bağımsız yaşaması, toplumsal, mesleki ve akademik işlevselliği için gereken becerilerin gelişimini engelleyen ya da bozan bir etkiye sahip olduğundan tedavide hastaların yaşam niteliği düzeylerini saptamak,
- Hastaların şizofreninin negatif ve pozitif belirtilerinin bir sonucu olarak yaşadıkları, ruhsal ve toplumsal gereksinimlerini karşılamadaki zorlukları için çeşitli beceri alanlarını içeren programların uygulanması,
- Psikososyal beceri eğitimi programı ve benzer programların sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılan araçların ülkemiz şizofreni hastalarının ve ailelerinin özelliklerine uygun geliştirilmesi, kullanılmakta olanların yaygınlaştırılması,
- Bütüncül bir yaklaşım olarak farmakoterapi ve ruhsal toplumsal tedavilerin birlikte uygulanması,
- Hastalar için toplumsal destek sağlayan gündüz hastanelerinin yaygınlaştırılması ve kapasitelerinin artırılması ya da büyük kapasiteli hastanelerde ayaktan tedavi birimlerinin yaygınlaşması,
- Kronik şizofreni tanısı alan hastalar ve aileleri için yaşadıkları zorluklarla baş etmeye yönelik kapsamlı, düzenli ve sürekli eğitim programlarının oluşturulması ve oluşturulan programların tüm psikiyatri hizmetlerinde (klinik, ayaktan tedavi birimi) rutine yerleştirilmesi,
- Şizofreni tanısı olan hasta ve ailelerinin hastaneden taburcu olduktan sonra tedavi ve bakımın sürekliliği için, bu alanda eğitimler planlayıp uygulamak,
- Şizofreni hastalarına toplumsal işlevsellikleri ve yaşam nitelikleri üzerinde olumlu etkisi olan Psikososyal Beceri Eğitimi Programının (bilişsel beceriler, iletişim becerileri, sorun

çözme becerileri, psikozu ve şizofreniyi anlamak, ilaç tedavisini ve ilaç yan etkilerini öğrenmek, tedaviyi değerlendirmek, inatçı belirtilerle baş etmeyi öğrenmek, uyarıcı işaretleri öğrenmek ve onları izlemek, alkol ve uyuşturuculardan kaçınmak, faydasız tedavi arayışlarından kaçınmak, stresle baş etmeyi öğrenmek, benlik saygısını arttırmak, zamanı değerlendirmek, arkadaşlık ve dostluk ilişkilerini geliştirmek, toplumsal faaliyetlere katılmak) uygulanması ve bu programı yürütebilecek uzmanların (psikiyatri hemşiresi, psikolog, sosyal hizmet uzmanı) yetiştirilmesi,

- Şizofreni tedavisinde ilaçla birlikte uygulanan ruhsal ve toplumsal tedavi girişimlerinin etkinliğini gösteren, örneklem sayısı arttırılabilen ve randomizasyon yapılabilen, programı yürütenlerle değerlendirmeleri yapacakların ayrı kişilerin olduğu çok merkezli çalışmaların sayısının arttırılması,
- Şizofreni, hastanın günlük ve iş yaşamındaki işlevselliğini azalttığı için, bu hastaların topluma yeniden kazandırılması yönünde rehabilitasyon merkezlerinin oluşturulması,
- Psikososyal Beceri Eğitimi Programına aileyi de dahil ederek, hastalığın belirti ve bulgularının, bakım ve davranış modellerinin, tedavi yöntemlerinin, acil kriz planının, hastalıkla ilgili yasal konuların ve hastalığın neden olduğu sorunlarla baş etmenin işlendiği eğitim programlarının uygulanması ve uygulanmasının yaygınlaştırılması,
- Ülkemizde sıklıkla uygulanan standart tedaviye psikososyal beceri gruplarının, eğitim programlarının eklenmesi, optimal tedavi anlayışının tüm psikiyatri çalışanları arasında yaygınlaşmasının sağlanması,
- Şizofreni hastalığını tanıtmaya yönelik eğitim, toplantı ve yayınların sayısının arttırılması ve tüm psikiyatri hizmetlerinde (klinik, poliklinik) hasta yakınlarının yayınlara ücretsiz ulaşması,

- Şizofreni bozukluğu olan hasta ve ailelerine yönelik olarak kısa, net ve doğru bilgi aktaran televizyon, radyo ve gazete programlarının hazırlanması ve bu konuya yer verildiğinde uzmanların rehberlik etmesi,
- Şizofreni bozukluğu olan hastaların yatışlarını ve hastalıklarının alevlenmesini önlemek , tedavide sürekliliği sağlamak amacıyla, hasta ve hasta ailelerine yönelik planlanan eğitim programlarında ilgili disiplinler (psikiyatrist, hemşire, psikolog, sosyal hizmet uzmanı) işbirliği içinde bulunmalı,
- Psikiyatri hizmeti veren kurumlarda çalışan/çalışacak olan hemşirelerin müdahale programlarını yürütmeleri için sürekli eğitim ve süpervizyonlarının olması,
- Hastaların tedavilerinin kendi aile ve toplumsal ortamlarında olması tedavide daha olumlu rol oynadığı, büyük kapasiteli hastaneler yerine, hasta ve ailesinin kolay ulaşabileceği küçük tedavi merkezlerinin oluşturulması,
- Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hemşirelerin bu hizmetlerde görev almaları

ÖZET

Şizofreni bireyin bağımsız yaşaması, toplumsal, mesleki ve akademik işlevselliği için gerekli olan becerilerin gelişimini engelleyen ya da bozan bir etkiye sahiptir. Antipsikotik ilaçlar şizofreni bozukluğunun tedavisinde oldukça önemli olup akut alevlenme, hastane yatış oranlarını düşürmektedir ancak hastaların toplumsal işlevselliklerindeki bozulma ve yaşam niteliklerindeki düşüklülüğü önleyememektedir. Bu çalışma, şizofrenik bozukluğu olan bireylerin yaşam niteliğini saptayıp, yaşam niteliği ile hasatlığın pozitif - negatif belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır.

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışma olarak yapılmıştır. Ege Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Psikoz Birimine 15.03.2004 – 15.06.2004 tarihleri arasında başvuran hastalar araştırmanın evrenini, bu evrenden sınırlamalara uyularak belirlenen 115 hasta araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri, Hastaları Tanıtıcı Bilgi Formu, Şizofreni Hastalarına Yönelik Yaşam Niteliği Ölçeği ve Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) ile gerekli olan izinler alındıktan sonra, Psikoz Biriminde ayaktan tedavi olan hastalara uygulanarak toplanmıştır. Anket formları araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Yaşam Niteliği Ölçeğinin, yapılan Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı $r=0.83$ 'tür. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeğinin(PANSS), yapılan Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı $r=0.80$ 'dir. Araştırmada veriler, sayı ve yüzde dağılımı, t testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis H testi ve korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Hastaların ruhsal bulgular ve kişisel eşya/faaliyet puan ortalamalarının medeni durumlarına göre farklılık göstermediği, kişiler arası ilişkiler, mesleki rol, yaşam niteliği toplam puanlarını medeni durumlarına göre farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamalarının eğitim düzeylerine, çalışma durumlarına, gelir düzeylerine ve ilaç tedavilerine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır

Hastaların ruhsal bulgular ve mesleki rol puan ortalamalarının hastaneye yatma durumuna göre farklılık göstermediği, kişilerarası ilişkiler, kişisel eşya/faaliyetler, yaşam niteliği toplam puan ortalamalarının hastaneye yatma durumlarına göre farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve altölçek puan ortalamalarının hastalıkla ilgili eğitim alma ve psikososyal beceri eğitimi programına katılma durumlarına göre istatistiksel olarak oldukça anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve tüm altölçek puanları ile yaşam memnuniyet puanları arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Hastaların yaşam niteliği toplam ve tüm altölçekleri ile PANSS ve altölçekleri arasında anlamlı negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tüm bulgular doğrultusunda, hastaların şizofreninin negatif ve pozitif belirtilerinin bir sonucu olarak yaşadıkları, ruhsal ve toplumsal gereksinimlerini karşılamadaki zorlukları için çeşitli beceri alanlarını içeren programların uygulanması önerilmektedir.

SUMMARY

Schizophrenic disorder greatly influences the necessary skills to carry out social, vocational and academic functioning of the patient. Antipsychotic medication is very helpful in the treatment of schizophrenia and reducing future hospitalizations and relapses, however medication cannot prevent the worsening in social functioning and quality of life. This study aims to determine the quality of life of patients with schizophrenic disorder and to study the relationship between the negative and positive symptoms.

This descriptive and cross-sectional study was carried out in Ege University Medical School Psychiatry Department, Psychotic Disorders Unit between March, 2004 and June, 2004. The sample of the study consisted of 115 patients diagnosed to have schizophrenic disorder. Life Quality of the patients with schizophrenic disorder, Negative and Positive Symptoms Scale (PANSS) and demographic information sheet have been administered to the patients.

T-test, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis H test and correlation analysis have been used to evaluate the data. The reliability coefficient for Quality of Life Scale is $r=0.83$ and Cronbach Alpha reliability coefficient for Negative and Positive Symptoms Scale (PANSS) is $r=0.80$.

The results of the study indicate that there is a significant difference between interpersonal relationships, vocational role, Quality of Life scores and the marital status of the patients. There is a significant difference between total and sub-scales scores of Quality of Life scale and education status, employment, income levels and medications. There was a significant difference between the hospitalization rate and interpersonal relationships, personal belongings/activities, the means of total scores of Quality of Life scale. There was a significant difference between the means of total and sub-scales scores of Quality of Life scale and pharmacotherapy. There was a highly significant difference between means of total

and sub-scales scores of Quality of Life scale and receiving psychoeducation and psychosocial skill training. There was a positive correlation between Quality of Life scores and life satisfaction. There was a negative correlation between total and sub-scale scores of Quality of Life scale and PANSS and PANSS sub-scales.

It is suggested that social skill training programs for schizophrenic patients will be helpful in coping with the difficulties caused by negative and positive symptoms and adapting the psychological and social demands of life.



BÖLÜM VII

KAYNAKLAR

- 1- Abaan S. (1990). 'Hasta eğitiminde hedef geliştirme ve öğretim teknikleri', Türk Hemşireler Dergisi, cilt:39, sayı:3, s.s.31-33.
- 2- Akın T., Özerdem A. (1998). 'Antipsikotik ilaçların yan etkileri', Oral,T., Erkoç,Ş., 'Şizofreni' sayı:6, s.s.300-329.
- 3- Alper Y. ve ark (1990). 'Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğinde görülen hastalardaki tıp dışı uygulamalar', Ege Tıp Dergisi, 29(4), İzmir, s.s.864-868.
- 4- Andreasen NC. ve ark (1996). 'Symptoms of schizophrenia', methods,meanings and mechanisms.Arch. Gen. Psychiatry, cilt:52, s.s.341-350.
- 5- Arıhan A.G. (1998). 'Şizofreni epidemiyolojisi', Şizofreni Dizisi, cilt:1, sayı:2, s.64-72
- 6- Arkanoc O. (1996). 'Şizofreni; tarihçe,giriş.'(Psikotik Bozukluklar ve Tedavileri içinde), Nobel Tıp Kitabevleri, İzmir, s.s.12-27.
- 7- Babacan Gümüş A. (2002). 'Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin ve Yakınlarının Sağlık Eğitimi Gereksinimlerinin İncelenmesi', E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksekokulu Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- 8- Bayraktar E ve ark (1998). 'Psikiyatri; şizofrenik bozukluklar', İzmir, s.s.20-90.
- 9- Berksun E. (1994). 'Psikososyal açıdan şizofrenide aile faktörü: Tarihçe', Psikiyatri Bülteni, 3(2), s.s.58-60.
- 10- Birthead L.M (1989). Psychiatrik-Mental Healt Nursing: The Therapeutic Use of Self, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, s.s.328-329.
- 11- Cansever A., Özşahin A., Battal S. (1994). 'Şizofreninin Psikofarmakolojik Tedavisinin Temel İlkeleri', Psikiyatri Bülteni, 3(2), s.s.61-66.
- 12- Ceylan M.E.(1996). 'Şizofreni: Genel Bir Bakış', Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, cilt:1, sayı:4, s.s.493-498.

- 13- Coşar B (1998). 'Şizofreninin Alt tipleri', Şizofreni Dizisi, cilt:1, sayı:1, s.29-34.
- 14- Deniz H., İlnem C., Yener F. (1998). 'Şizofren bireyin algıladığı duygu dışavurum düzeyinin relapsla ve aile işlevleriyle ilişkisi', Düşünen Adam, 11(3), s.s.5-15.
- 15- Dülgerler Ş. (2004). 'Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikoeğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi', E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksekokulu Doktora Tezi, İzmir.
- 16- Erkoç Ş., Aker T. (1998). 'Tarihçe', Erkoç,Ş., Oral,T. (ed): Şizofreni 1, Okyanus Yayın, İstanbul, s.s.6-20.
- 17- Erkoç Ş., Aker T. (1998). 'Şizofrenide belirti ve bulgular', Erkoç,Ş., Oral,T.(ed): Şizofreni 1, Okyanus Yayınları, İstanbul, s.s.22-39.
- 18- Erkoç Ş., Aker T. (1998). 'Şizofreni: Tanı, sınıflama ve ayırıcı tanı',Erkoç,Ş., Oral,T.(ed): Şizofreni 1, Okyanus Yayın, İstanbul, s.s.40-45.
- 19- Ferguson K. (1991). 'Education for psychiatric client and their carers', Nursing Times, 87(22), s.s.48.
- 20- Fenton W., MC Glashon T.H (1992). 'Testing systems for assestment of negative symptoms in schizoprenia', Arc. Gen. Psychiatry, cilt:49, s.179-184.
- 21- Fidaner H (1998). 'Şizofreni Dizisi', cilt:1, sayı:1, s.s.17-22.
- 22- Gençtan E (1999). 'Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar', 14.Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul, s.s.121-148.
- 23- Göğüş A.K. (1998). 'Antipsikotik ilaçların yan etkileri', Oral,T., Erkoç,Ş.(ed) Şizofreni:6, s.s.300-329.
- 24- Gökalp P.G. (1996). 'Şizofrenide psikososyal kuramlar ve tedaviler', Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, cilt:1, sayı:4, s.s.674-682.
- 25- Güney M.(2000). 'Şizofreni',Ankara Üniversitesi Psikiyatri Yayınları,Ankara,s.s.177-286.

- 26- Gürhan N. (1991). 'Psikiyatri hastalarına sahip ailelerin sosyal ihtiyaçlarına destek', Hemşirelik Bülteni, cilt:5, sayı:22, s.s.67-70.
- 27- Işık E.(1997). 'Şizofreni', Genişletilmiş 2.baskı, Kent Matbaacılık, Ankara, s.s.204-206.
- 28- İcen M. 'Şizofreni: epidemiyoloji, genetik faktörler', 1.Baskı, s.s.21-27.
- 29- İncebük A.B. (1983). 'Gölbaşı ruh sağlığı merkezinde yatmakta olan hastaların ailelerinin hasta bireyle ilgili güçlüklerinin incelenmesi', Türk Hemşireler Dergisi, 10(2), s.s.33-35.
- 30- Kane M.J. (2000). 'Management issues in schizophrenia: diagnosis, course and outcome', s.s.4-15.
- 31- Kaplan H.I., Sadock J.B., Grebb A.J. (1994). synopsis of psychiatry, seventh edition.Baltimore, Williams and Wilkins.
- 32- Keltner N.L., Schwecke L.H., Bastrom C.M. (1995). Psychiatric Nursing, second edition, Mosby-Year Book, Inc. St. Lous, s.s.374.
- 33- Köroğlu E. (1994). DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Medikomet, Ankara, s.s.40-41.
- 34- Kültür S., Mete L. (1997). Şizofreni, Güleç C., .Köroğlu E. (ed): Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 1, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, s.s.321-355.
- 35- Lehman A.F., Steinwachs DM. (1998). Translating research into practise the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team treatment recommendations. Schizophrenia Bull, 24(1), s.s.1-10.
- 36- Liddle P.F (1987). The symptoms of chronic schizophrenia: Areaxamination of positive negative dichotomy. Br.J Psychiatry 151:s.s.145-150.
- 37- McGill C.W., Fallon I.R.H., Boyd J.L., Wood-Siverio C. (1983). 'Family educational intervention in the treatment of schizophrenia', Hospital and Community Psychiatry, Vol:34, No:10, s.s.934-938.

- 38- McGorry P.D., Edwards J. (1998). Psikoz eğitimi (modül 9). M.Birchwood, I.Fallon, M.Leggatt ve ark.(ed):Erken Psikoz Eğitim Paketi'nde, Avustralya, s.s.1-24.
- 39- McGorry P.D., Edwards J. (1998). Aileye yönelik girişimler ve ailenin desteklenmesi (modül 7). M.Birchwood, I.Fallon, M.Leggatt ve ark. (ed): Erken Psikoz Eğitim Paketi'nde, Avustralya, s.s.1-25.
- 40- Mete L. (1998). 'Şizofrenide klinik belirtiler', Şizofreni Dizisi, Cilt:1, Sayı:1, s.23-28
- 41- Öz F. (1993). 'Ruh hastalarına karşı tutumlar ve hemşirelik', Türk Hemşireler Dergisi, Cilt:43, Sayı:1, s.s.36-38.
- 42- Özcan A. (1979). 'Hastaların bilgi gereksinimleri ve hemşirenin öğretim işlevi', Türk Hemşireler Dergisi, Sayı:3, s.s.50-54.
- 43- Özcan A. (1996). Şizofrenik, paranoid ve diğer psikotik bozukluklar, N.Kum (ed): Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı'nda, Vehbi Koç Yayınları, No.13, s.s.101-112
- 44- Özcan M.E., Gürgen F., Türkeş C. (1999). 'Şizofrenili Hastada Başa Çıkma Davranışları', Düşünen Adam, Cilt:12, Sayı:3, s.s.35-39.
- 45- Özgür G., Karaaslan A., Çam O. (1998). Bornova Sağlık Grup Başkanlığına bağlı toplumda ruhsal belirtilerin değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Araştırma Fonu Proje Raporu, Proje no:1995 HYO-06, İzmir, s.s.1-8.
- 46- Özmen E., Kantarcı E., Arkanaç O. (1992). 'Şizofrenide pozitif ve negatif ayrımı üzerine', Düşünen Adam Sayı:5, s.s.41-45.
- 47- Özmenler N., Battal S. (1998). 'Şizofreni tarihçesi', Şizofreni Dizisi, Cilt:1, Sayı:1, s.s. 5-16.
- 48- Özpoyraz N., Taman L. (1998). 'Şizofrenik Bozukluk', Galenos, Cilt:1, Sayı:8, s.26-31
- 49- Öztürk M.O. (1990). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Evrim Basım Yayın Dağıtım, 3.basım, İstanbul, s.s.165-198.

- 50- Parker B.A. (1993). 'Living with mental illness: The family as caregiver', Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, Cilt:31, Sayı:3, s.s.19-21.
- 51- Peternelj-Taylor C.A., Hartley V.L. (1993). 'Living with mental illness: Professional / Family collaboration', Journal of Psychosocial Nursing, Vol:31, No:3, s.s.23-28
- 52- Saunders J. (1997). 'Walking a mile in their shoes: Symbolic interactionism for families living with severe mental illness', Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, Cilt:35, Sayı:6, s.s.8-13
- 53- Soygür A.H. (1993). 'Şizofreni Tedavisinde Aileye Yaklaşım', Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi, Cilt:1, Sayı:2, s.117-127
- 54- Soygür H., Aybaş M., Hıncal G., Aydemir Ç. (2000). 'Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği, güvenilirlik ve yapısal geçerlilik çalışması', Düşünen Adam, Cilt:13, Sayı:4, s.s.204-210
- 55- Soygür H., Çelikel B., Aydemir Ç., Bozkurt S. (1998). 'Hasta ve yakınları ile gerçekleştirilen psikodrama yönelimli destekleyici-eğitici grup psikoterapisinin kronik şizofreni gidişi üzerine etkisi:1 yıllık izleme çalışması', Düşünen Adam, Cilt:1, Sayı:4, s.s.511
- 56- Soykan Ç. (1997). 'Bir Psikosoyal rehabilitasyon uygulaması: Gündüz Hastanesi', N.Dilbaz, G.Bayan (ed): Şizofrenide Yeni Ufuklar'da, Som Ofset Matbaacılık, Ankara, s.s.161-165
- 57- Sungur M. Ve ark. (2001). 'Şizofreni' İyişler Matbaacılık, İstanbul
- 58- Sungur M., Güner P. (2001). 'Şizofrenide Optimal Tedavi Projesi: Randomize, Kontrollü, Longitudinal Bir Çalışma', 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.
- 59- Stuard G.W. (1998). 'Principles and Practise of Psychiatric Nursing' 6: 4-12

- 60- Tosun Kılınç F. (1998). Hemşireliğin sağlık eğitimi etkinlikleri etkileyen etmenlerin belirlenmesine yönelik ölçek geliştirme çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, İzmir, s.s.1-12
- 61- Uzun Ö. Özşahin A., Battal S. (1997). 'Şizofren hastaların tedavilerini sonlandırma nedenleri' Türk Psikiyatri Dergisi, 8(3), s.s.198-201
- 62- Üçok A. (2001). Şizofrenide psikososyal tedaviler 2, Şizofreni Hastaları için bütüncül yaklaşımli grup tedavisi, Kutu Grafik, İstanbul, s.s.1-4
- 63- Ünal S. (2000). 'Şizofrenide öznel yaşantılar ve duyguların ifadesi', Klinik Psikiyatri Dergisi, Cilt:3, Sayı:2, s.s.131-135
- 64- Üstün B. (2000). 'Şizofrenide sosyal beceri eğitimi kursu', Şizofreni Yazıları, Cilt:1, Sayı:2, s.s.26-29.
- 65- Varcarolis E.M. (1990). 'Foundations of Psychiatric Mental Healt Nursing', W.B. Saunders Company, s.s.507-529.
- 66- Yazıcı A. (2001). Şizofrenide psikososyal tedaviler 2, Şizofrenik hasta ailelerinde ruhsal eğitim grupları, Kutu Grafik, İstanbul, s.s.1
- 67- Yazıcı A.(1998). 'Şizofreni ve Genetik' Oral, T., Erkoç, Ş., (ed), Şizofreni Yayınları 4, İstanbul, s.s.200-210.
- 68- Yıldız M. (2001). Şizofrenide psikososyal tedaviler 4, Şizofrenide psikososyal beceri eğitimi, Kutu Grafik, İstanbul, s.s.1.
- 69- Yıldız M. (2001). 'Şizofrenide psikososyal beceri eğitimi', İstanbul, s.1-6.
- 70- Yıldız M. (2001). 'Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminde içerik ve etkinlikler', Klinik Psikiyatri Dergisi, Cilt:4, Sayı:2, s.s.119-123.
- 71- Yılmaz M. (1998). Kronik şizofreni tanısı alan hasta eşleri ile kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hasta eşlerinin stresle baş etme tarzlarının incelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, İzmir, s.s.1-60.

- 72- Yurt V. (1996). 'Psikiyatride rehabilitasyon, N.Kum (ed): Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı'nda, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No:14, s.s.255-264.
- 73- Yurt V. (1983). 'Hemşirelerin hastalarda problem olarak gördükleri özellikler ve problemleri çözümü yolları', Türk Hemşireler Dergisi, Cilt:10, Sayı:2, s.s.40-42.
- 74- Yurtsever Ü. E. (2002). 'Ruh Hastalıkları Tedavisinde Psikososyal Bir Boyut; Psikoeğitimsel Bir Model', <http://icgoru.com-Makale.htm>
- 75- Veznedaroğlu B., Alptekin G. ve ark (1997). 'Şizofrenide depresyon' Psikiyatri Psikoloji, Psikofarmakoloji Dergisi, Cilt:5, Sayı:3, s.s.217-220.
- 76- Veznedaroğlu B., Yıldız M. (2004). 'Şizofreni Tedavisinde Ruhsal ve Toplumsal Beceri Eğitiminin Toplumsal İşlevsellik ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi: Kontrollü Bir Çalışma', 40. Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, Kuşadası.
- 77- 'Family Psychoeducation', Information for Public Mental Health Authorities, Draft 2002, <http://mentalhealthpractices.org>

HASTALARI TANITICI BİLGİ FORMU

1- Kaç yaşındasınız?.....

2- Cinsiyetiniz nedir?

(1) Kadın (2) Erkek

3- Medeni durumunuz nedir?

(1) Bekar (2) Evli (3) Boşanmış / Dul

4- Kaç çocuğunuz var?

(1) Yok (2) 1 (3) 2 ve üzeri

5- Şu anda evinizde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

.....

6-Eğitim düzeyiniz nedir?

(1) Okuryazar / İlkokul

(2) Ortaokul / Lise

(3) Yüksekokul / Fakülte

7-Mesleğiniz nedir?.....

8-Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

(1) Evet (2) Hayır

9- Gelir gider durumunuz nasıldır?

(1) Gelir giderden yüksektir

(2) Gelir ve giderler dengelidir

(3) Gelir giderden düşüktür

10- Sosyal güvence durumunuz nedir?

(1) Yok (2) Emekli Sandığı (3) Bağ-Kur (4) SSK

11- En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi neresidir?

(1) Köy (2) İlçe (3) Şehir

12- Ne kadar süredir şizofreni tedavisi görüyorsunuz?

.....

13- Tedaviniz için hangi ilaçları kullanıyorsunuz?

.....

14- Başka bir kronik hastalığınız var mı? (Diyabet, yüksek tansiyon gibi....)

(1) Yok (2) Var

15- Hastalığınız nedeniyle tedavi olmak için hastaneye yattınız mı?

(1) Evet (2) Hayır

16- Evet ise kaç kez yattınız?.....

17- Hastalığınız nedeniyle tedavi olmak için psikiyatrist, psikolog veya hastanelere gidiyor musunuz?

(1) Evet (2) Hayır

18- Hastalığınız nedeniyle tıp dışı kişilere (hacı, hoca, üfürükçü vb.) başvurduğunuz mu?

(1) Evet (2) Hayır

19- Şizofreni ile ilgili bir dernek ya da gruba üyeliğiniz var mı?

(1) Evet (2) Hayır

20- Doktorunuz ile olan tedaviniz dışında şizofreniyle ilgili bir eğitim programına katıldınız mı?

(1) Evet (2) Hayır

21- Doktorunuzla olan ilaç tedaviniz dışında şizofreniyle ilgili bir psikososyal beceri eğitimi programına (grubuna) katıldınız mı?

(1) Evet (2) Hayır

22- Tedaviye geldiğinizde kendinizi kötü hissetmenize neden olan durumlar nelerdir?

.....
.....

23- Genel olarak yaşamınızdan memnuniyetinizi 1-5 arasında kaç puan olarak tanımlarsınız?

() Hiç memnun değilim

() Biraz memnunum

() Orta derecede memnunum

() Memnunum

() Oldukça memnunum

EK-2

POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ

1=Yok 2=Çok 3=Hafif 4=Orta 5=Orta/Ağır 6=Ağır 7=Çok Ağır

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P)

P1. SANRILAR	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
P3. VARSANILAR	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
P4. TAŞKINLIK	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
P7. DÜŞMANCA TUTUM	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N)

N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
N2. DUYGUSAL İÇEÇEKİLME	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G)

G1. BEDENSEL KAYGI	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G2. ANKSİYETE	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G3. SUÇLULUK DUYGULARI	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G4. GERGİNLİK	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G5. MANYERİZM VE VÜCUY DURUŞU	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G6. DEPRESYON	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
G7. MOTOR YAVAŞLAMA	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

G8. İŞBİRLİĞİ KURAMAMA	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G10. YÖNELİM BOZUKLUĞU	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G11. DİKKAT AZALMASI	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G13. İRADE BOZUKLUĞU	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞ	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
G16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

PUANLAMA:

Pozitif Belirtiler: Negatif Belirtiler: Genel Psikopatoloji: Toplam:



EK-3

ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ

Bu ölçek sürdürüm tedavisi altındaki şizofreni hastalarının son bir ay içindeki uyumlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olup, hastaların kişisel deneyimlerinin zenginliğini, kişilerarası ilişkilerinin niteliğini ve mesleki rollerdeki üretkenlik düzeylerini ölçmektedir.

Değerlendirme, hastada psikozun pozitif belirtilerinin olup olmaması veya hastaneye yatırılma ihtiyacı duyulup duyulmamasından bağımsız olarak yapılmaktadır.

Ölçeğin yarı yapılandırılmış bir görüşme biçiminde uygulanması planlanmıştır.

Her bir madde üç bölümden oluşur.

Birinci bölümde, görüşmecinin değerlendirilecek parametreyi anlaması ve bunun üzerinde yoğunlaşmasına yardımcı olmak üzere kısa bir tanımlama yapılmıştır.

İkinci bölümde, görüşmecinin hastayı incelemeye başlamasına yardımcı olabilecek birkaç soru verilmiştir.

Üçüncü bölümde ise, her bir madde için görüşmeciye karar almada yardımcı olmak üzere, dördünde kısa bir tanımlama bulunan, aralarda kalan diğerlerinde tanımlama yapılmamış toplam 7 dereceli bir skala verilmiştir. Skalada yer alan puanlardan 0, 2, 4 ve 6 için kısa bir tanımlama yapılmış; aralarda kalan 1, 3, 5 puanları, görüşmeciye derecelendirme yaparken esneklik sağlamak üzere tanımsız bırakılmıştır.

Verilen sorular sadece birer öneri olarak hazırlanmıştır. Bu sorular ihtiyaca göre değiştirilebilir veya eklemeler yapılabilir. Her bir madde için görüşmecinin iyi bir değerlendirme yapmasına olanak verecek biçimde ele alınmalıdır.

Ölçeğin amacı, yaşam alanlarında psikopatolojilerden kaynaklanan kısıtlamaları değerlendirmektir. Diğer etkenler açıkça tabloya karıştığında görüşmeci tarafından gerekli ayarlamalar yapılmalıdır (Örneğin, ağır bir bedensel hastalığa bağlı olarak hastanın toplumsal ilişkilerinde bir azalma ortaya çıkabilir).

Ölçekte yer alan bütün maddeler değerlendirmeye alınmalıdır. Her bir madde için skalada yer alan sayılardan uygun bulduğunuzu işaretleyiniz.

Ölçekte yer alan 21 madde aşağıdaki dört altölçekten birinde yer alır:

I. Kişilerarası ilişkiler (1-8)

II. Mesleki Rol (9-12)

III. Ruhsal Bulgular (13-17, 20-21)

IV. Kişisel eşya ve günlük faaliyet (18-19)

1-Evde birlikte yaşadığı kişilerle ilişkiler

Bu madde, kişinin evde birlikte yaşadığı kişilerle/ailesiyle yakın ilişkilerini değerlendirmek üzere düzenlenmiştir. Yakın ilişkiler, karşılıklı bakım ve paylaşımı da içerir.

Önerilen sorular

Evde birlikte yaşadığınız kişiler arasında özellikle yakın olduklarınız var mı?

Bu kişilere kişisel konularınızı aşar mısınız?

Bu kişilerle ne sıklıkta konuşuyorsunuz?

Bu kişilerle olan ilişkilerinizi anlatır mısınız?

Birlikte neler yapıyorsunuz?

Evde bulunduğunuz zamanlarda vaktinizin çoğunu yalnız mı yoksa evdeki diğer kişilerle birlikte mi geçiriyorsunuz?

Değerlendirme

0-Gerçek anlamda bir yakınlık yok

1-.....

2-Yalnızca seyrek olarak yakın etkileşim var

3-.....

4-Bir ölçüde istikrarlı sayılabilecek yakın etkileşimler var, ancak yoğunluğu yada düzeyi düşük; veya düzensiz ve tutarsız olarak gerçekleşiyor

5-.....

6-Evde birlikte yaşadığı kişilerle olan yakın ilişkilere yeterli katılım gösteriyor

.....

9- Eğer kişi yalnız yaşıyorsa ve yakınında hiç bir aile üyesi yoksa, burayı işaretleyiniz

2- Arkadaşlık ilişkileri

Bu madde kişinin evde birlikte yaşadığı kişiler yada aile üyeleri dışındaki kişilerle kurduğu yakın ilişkileri değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Yakın ilişkiler karşılıklı bakım ve paylaşımı da içerir. Kişinin ruh sağlığı çalışanları ile kurduğu ilişkiler kapsam dışıdır.

Önerilen sorular

Aileniz yada birlikte yaşadığınız kişiler dışında özellikle yakın olduğunuz arkadaşlarınız var mı?

Bu kişilere kişisel konularınızı açar mısınız?

Kaç arkadaşınız var?

Bu kişilerle telefon veya yüzyüze ne sıklıkta görüşüyorsunuz?

Arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi anlatır mısınız?

Arkadaşlarınız kişisel konularını sizinle konuşurlar mı?

Değerlendirme

0-Gerçek anlamda yakın bir arkadaşlık ilişkisi yok

1-.....

2- Yalnızca seyrek olarak yakın ilişkiler var

3-.....

4-Bir ölçüde istikrarlı sayılabilecek yakın ilişkiler var, ancak yoğunluğu yada düzeyi düşük; veya düzensiz ve tutarsız olarak gerçekleşiyor

5-.....

6-Birden fazla kişiyle yakın ilişkilere yeterli katılım var

3- Tanıdık edinebilme

Bu madde, bir önceki maddede söz edilen duygusal yatırım olmaksızın kişinin bir biçimde ilgi gösterdiği/hoşlandığı veya ortak faaliyet ve ilgi alanlarını paylaştığı kişilerle olan ilişkilerini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Evde birlikte yaşadığı kişiler ve ruh sağlığı çalışanları ile olan ilişkiler kapsam dışıdır.

Önerilen sorular

Yakın arkadaşlarınızdan başka, birlikte faaliyette bulunmaktan yada çeşitli ilgi alanlarını paylaşmaktan hoşlandığınız kişiler var mı?

Kaç kişi var?

Bu kişilerle ne sıklıkla bir araya geliyorsunuz?

Birlikte neler yapıyorsunuz?

Üyesi olduğunuz bir kulüp veya dernek var mı? Düzenli olarak katıldığınız bir faaliyet alanınız var mı?

İş arkadaşlarınızla iş dışında temaslarınız oluyor mu? Örneğin, birlikte öğle yemeğine çıkar mısınız yada iş çıkışı bir şeyler yapar mısınız?

Değerlendirme

0-Gerçek anlamda bir tanıdıklık bağı kuramıyor

1-.....

2-Az sayıda kişiyle ve yalnız seyrek olarak temas kurabiliyor

3-.....

4-Kurabildiği ve halan sürdürmekte olduğu bazı tanıdıklıklar olsa da, bu ilişkilerde paylaşılan etkinlikler oldukça sınırlı ve dar kapsamlı

5-.....

6-Yeterli düzeyde tanıdık edinebiliyor ve ilişki sürdürüyor

4- Sosyal aktiviteler

Bu madde, eğlenmek, hoş vakit geçirmek amacıyla diğer insanlarla birlikte gerçekleştirilen faaliyetlere katılım düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. İş, okul gibi esas olarak başka amaçlara hizmet eden faaliyetler ve psikoterapi kapsam dışıdır.

Önerilen sorular

Eğlenmek, hoş vakit geçirmek amacıyla, diğer insanlarla bir araya geliyor musunuz?
Bu tür faaliyetlere ne sıklıkla katılıyorsunuz?

Bu faaliyetler hakkında biraz bilgi verir misiniz?

Düzenli olarak katıldığınız sosyal aktiviteler var mı?

Değerlendirme

0-Gerçek anlamda bir sosyal aktivite yok

2-Sosyal aktivitelere seyrek olarak katılım gösteriyor, ancak bu katılım düzenli bir tarzda değil yada kişinin ailesi veya birlikte yaşadığı kişilerle sınırlı

3-.....

4-Sıklık veya çeşitlilik yönünden az olmakta birlikte, bazı düzenli faaliyetlere katılıyor

5-.....

6-Yeterli düzeyde sosyal aktivitede bulunuyor

5-Sosyal bağlar

Bu madde, kişiyle ilgilenen, onun esenliği için kaygı duyan yada faaliyetleri hakkında bilgi sahibi olan insanlardan oluşan sosyal bağlarının ne düzeyde olduğunu değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Ruh sağlığı çalışanları ile kurulan sosyal bağlar kapsam dışıdır.

Önerilen sorular

Sizinle ilgilenen, mutluluğunuzu ve sağlığınızı düşünen, esenliğiniz için kaygı duyan insanlar var mı?

Kaç kişi?

Bu kişiler bu ilgilerini nasıl ifade ediyorlar?

Hayatınızda önemli ve heyecan verici bir olay olsaydı, kiminle bağlantı kurardınız yada kime haber verirdiniz?

Beslenme, ulaşım, günlük yaşamla ilgili pratik sorunlar gibi günlük konularda size duygusal olarak destek veren yada yardımcı olan insanlar var mı? Başınıza herhangi bir şey gelse, yardım için başvurabileceğiniz veya güvенеbileceğiniz insanlar var mı?

Değerlendirme

0-Gerçek anlamda bir sosyal bağ yok

1-.....

2-Hastanın sosyal bağları çok az sayıda yada düzeydedir ve/veya yakın aile üyeleriyle sınırlıdır.

3-.....

4-Sosyal bağları bir ölçüde mevcut olsa da, sayı veya düzey olarak az

5-.....

6-Hem nicelik hem nitelik yönünden yeterli düzeyde sosyal bağ mevcut

6- Girişkenlik

Bu madde kişinin toplumsal etkileşimlerini yönlendirmede aktif olma düzeyini değerlendirmek için hazırlanmıştır (etkileşim türünü, düzeyini, kiminle olduğunu saptayınız).

Önerilen sorular

İnsanlarla bir şeyler yapmak söz konusu olduğunda, genellikle teklif sizden mi yoksa onlardan mı gelir?

Arkadaşlarınızla bir araya geldiğinizde ne yapılacağına kim karar verir?

Eğlenmek yada hoş vakit geçirmek için bir fikriniz olduğunda, diğer insanları davet etmek zor geldiği için, bazen bu fırsatı kaçırdığınız oluyor mu?

İnsanları telefonla arar mısınız?

İnsanları arayıp görüşme isteğiniz oluyor mu?

Eğlenmek, hoş vakit geçirmek istediğinizde, yalnız olmayı mı yoksa başkalarıyla birlikte olmayı mı tercih ediyorsunuz?

Değerlendirme

0-Sosyal faaliyetlerin gerçekleşmesi hemen hemen tümüyle diğer insanların girişkenliği ile mümkün oluyor

1-.....

2-Kişi ara sıra girişkenlik davranışı gösterse de, genel olarak sosyal edilginliği nedeniyle sosyal yaşamında belirgin bir fakirleşme söz konusu; veya girişkenliği sadece yakın aile üyeleriyle sınırlı

3-.....

4-Girişkenliği yeterli düzeyde olmasa da, bu durum kişinin sosyal aktiviteleri üzerinde çok az düzeyde olumsuz sonuçlara neden oluyor

5-.....

6-Yeterli düzeyde girişken

7-Toplumdan uzaklaşma

Bu madde, kişinin rahatsızlığı yada ilgisizliğine bağlı olarak, sosyal etkileşimlerden aktif olarak kaçınma, uzaklaşma düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

Önerilen sorular

İnsanlarla ilişkide bulunmak sizin için rahatsız edici oluyor mu?

Başka insanlar size birlikte bir şeyler yapmayı teklif ettiklerinde reddettiğiniz oluyor mu? Böyle bir teklif gelse, reddeder miydiniz?

Yapacak hiçbir işiniz olmadığında dahi, bu tür teklifleri reddettiğiniz oluyor mu?

Sadece başka insanlar ilişki kurmayı gerektiriyor diye, önemli işlerinizi yapmaktan kaçındığınız oluyor mu?

Telefonlara yanıt vermekten kaçındığınız oluyor mu?

Bu tür davranışlarınızın yaşamınızı nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?

İnsanlarla yalnızca istediğiniz bir şeyi başarmada onların yardımına ihtiyaç duyduğunuz için mi ilişki kuruyorsunuz?

Yalnızlığı, evde tek başına kalmayı tercih ettiğiniz olur mu? Ne sıklıkta?

Değerlendirme

0- Gerçek anlamda sosyal ilişkilerden aktif olarak kaçınıyor

1-.....

2-Kendi amaçları için çok az sosyal ilişki kurmakla birlikte, temel ihtiyaçlarını karşılayacak ölçüde sosyal temaslara giriyor; veya içe kapanma durumu sadece yakın aile üyeleri ile olan ilişkilerinde mevcut değil

3-.....

4-Bazı doyum verici ve eğlendirici sosyal uğraşları olsa da, bunlar kaçınmaya bağlı olarak azalmış durumda

5-.....

6-Toplumdan uzaklaşma eğilimi taşıdığını gösteren hiçbir bulgu yok

8-Karşı cinsle ilişkiler*

Bu madde, kişinin karşı cinsinden olan kişilerle, olgun-yakın bir ilişki kurabilme ve doyum verici cinsel yaşam kapasitesini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

*Bu maddenin yazılış mantığı, kişinin karşı cinse ilgi duyan bir tercihe sahip olduğunu varsaymaktadır. Kişinin sürekli ve tutarlı bir eşcinsel tercihinin açıkça saptandığı durumlarda, tarzınızı bu duruma uygun olarak düzenleyiniz ve aynı kapasiteleri kişinin durumuna uygun olarak değerlendiriniz.

Önerilen sorular

Bekarlar için

Katıldığınız toplumsal faaliyetlerde kadınlar da (erkeklerde) oluyor mu?

Karşı cinsten kaçındığınız yada onlarla ilişki kurmayı çok fazla rahatsız edici bulduğunuz oluyor mu?

Karşı cinsten birisi ile randevulaşıp buluştuğunuz oluyor mu?

Kız (erkek) arkadaşınız oldu mu? Kaç kişi? Ne düzeyde?

Bu ilişkiler hakkında biraz bilgi verebilir misiniz? Bu ilişki sizin için doyum verici miydi? Duygusal olarak bu ilişkiye ne kadar katıldığınızı düşünüyor sunuz?

Hiç aşık oldunuz mu?

Cinsel ilişkiniz oldu mu? İlişkinizin yeterince doyum verici olduğunu düşünüyor musunuz?

Karşı cinsten bir arkadaşınıza sarılmak, öpmek gibi sevginin bedensel ifadelerini gösterdiğiniz oluyor mu?

Evliler için

Evliliğiniz nasıl gidiyor?

Eşinizle neler paylaşıyorsunuz?

Eşinizle neler konuşuyorsunuz?

Onunla kişisel duygu ve düşüncelerinizi paylaşıyor musunuz?

Kavga ettiğiniz oluyor mu? Ne sıklıkta?

Eşinize sarılmak, öpmek gibi sevginin bedensel ifadelerini gösteriyor musunuz?

Cinsel yaşamınızı yeterince doyum verici buluyor musunuz?

Kendinizi eşinize ne ölçüde yakın hissediyorsunuz?

Değerlendirme

0-Karşı cinse karşı hiçbir ilgi yok veya aktif olarak kaçınma mevcut

1-.....

2-Karşı cinsle ancak aşağıdaki sınırlılıklar içinde olabilen temaslar mevcut;

duygusal katılım olmaksızın sadece bedensel rahatlama sağlayan bedensel aktivite
ilişkide ciddi ve sürekli kesintiler var

doyumsuzluk ve duygusal karmaşa egemen

3-.....

4-Tam olmasa da yakınlık ve duygusal yatırım içeren ilişkileri oluyor. Bu ilişkilerin doyum verici yanı ağır basıyor ve ilişkide bazı cinsel davranışlar ve sevginin bedensel ifadeleri mümkün olabiliyor

5-.....

6-Genellikle doyum verici ve duygusal yönden zengin, yakın ve uyumlu cinsel davranışlar gösteriyor

9-Mesleki role uyum

Bu madde, kişinin ne kadar iyi yada ne kadar eksiksiz şekilde başarılı olduğuna bakılmaksızın, girişimde bulunduğu işteki rolüne uyum düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Evde çalışanlar (ev hanımları gibi) için, kişinin üstlendiği sorumlulukların, çalışan normal yeterlikte bir insanın üstlendiği sorumluluklarla karşılaştırıldığında tamgün bir işi yada bir kısmını ne ölçüde yansıtıp yansıtmadığını düşününüz. Eğer değerlendirilen kişi işsiz ise, uygun iş arama aktivitesi için harcanan zamanı dikkate alınız.

Önerilen sorular

Bir işiniz var mı?

Bu işte haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

İşinize ek olarak okula gidiyor musunuz?

İşinizin dışında, çocuklarınıza bakmak veya ev işleri gibi ek sorumluluklar üstleniyor musunuz?

Öğrenciler için;

Ne tür bir eğitim programına devam ediyorsunuz?

Kaç ders alıyorsunuz?

Okulda haftada kaç saatiniz geçiyor?

Okulun yanı sıra çalışıyor musunuz? Okul dışında çocuk bakmak veya ev işleri gibi ek sorumluluklar üstleniyor musunuz?

Evde çalışanlar için;

Evinizin ve ailenizin bakımına ne ölçüde katılıyorsunuz?

Evde üstlendiğiniz sorumluluklar nelerdir?

Çocuk yetiştiriyor musunuz?

Evdeki diğer kişiler bu konularda size ne ölçüde yardımcı oluyor?

Değerlendirme

0-Gerçek anlamda bir mesleki rol uyumu yok

1-.....

2-Yarım günden az

3-.....

4-Yarım günden fazla, tam günden az

5-.....

6-Tamgün

10-Başarı

Bu madde, kişinin girişimde bulunmayı tercih ettiği belirli bir mesleki rolü yerine getirmedeki başarı ve başarıyla sona erdirme düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

Önerilen sorular

Kişiye maaşı, maaş zamları, işinin zorlayıcılığı ve sorumluluğu, işverenden gelen övgü ve yergiler, iş arkadaşlarıyla olan etkileşiminin yeterliliği, işine devamsızlık yapıp yapmadığı, terfiler veya iş kariyerinde bir gerileme olup olmadığı yönünde sorular sorunuz.

Öğrenciler için;

Okulu, sınıfı, ders programının zorluğu, öğretmenlerden gelen övgü ve eleştiriler, sınıf arkadaşlarıyla olan etkileşiminin yeterliliği, okula devam durumu, verilen ev ödevlerine karşı tutumu, ve ders programının dışındaki aktiviteleri konusunda sorular sorunuz.

Evde çalışanlar;

Yemek pişirmek, alışveriş yapmak, bulaşık yıkamak, temizlik yapmak, toz almak, çamaşır yıkamak, evin bütçesini idare etmek, çocukların bakımı ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamak gibi yapılması gereken görevlerin yeterli performansta yapılıp yapılmadığı konusunda sorular sorunuz. Bunlara ek olarak ev idaresi, çocuk yetiştirilmesi konularında, aile üyelerinden kişiye yönelik övgü ve eleştirilere ilişkin sorular da sorabilirsiniz.

Değerlendirme

0-Tercih ettiği rolün işlevlerini yerini getirme girişiminde bulunamıyor veya girişimde bulunsa da sürdürmeyecek kadar yetersiz bir performans gösteriyor

1-.....

2-Oldukça düşük bir başarı düzeyini güçlükle sürdürmeye ancak yetecek bir performans gösteriyor

3-.....

4-Genel olarak yeterli sayılabilecek başarı düzeyi

5-.....

6-Tercih ettiği rolün işlevlerini çok iyi bir biçimde yürütüyor; sürekli ve tutarlı bir başarı grafiği gösteriyor

11-Potansiyelini kullanabilme becerisi

Bu madde, kişinin mesleki rolünde gerçekleştirdiği uyum ve başarının, sahip olduğu potansiyel ve fırsatlardan yararlanmayı ne ölçüde yansıttığını değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Kişinin yetenekleri, bedensel engelleri, eğitim düzeyi, ekonomik, toplumsal ve kültürel etkenleri göz önünde bulundurunuz. Kişinin potansiyeline değer biçmede, herhangi bir ruhsal hastalık yada kişilik bozukluğunu doğrudan yansıtan sınırlılıkları dikkate almayınız.

Önerilen sorular

Bu madde, çok yönlü bir karar sürecini gerektirmektedir. Kişinin yetenekleri ve elindeki fırsatları ortaya koymak için gerekli olan açılımları ve kolaylıkları sağlayacak herhangi bir soruyu sorabilirsiniz.

Değerlendirme

0-Potansiyelini gerçekleştirmede hemen hemen tam bir başarısızlık

1-.....

2-Yeteneklerinin belirgin olarak altında kalan bir işte çalışıyor; veya işsiz ancak aktif olarak iş arıyor

3-.....

4-Kapasitesinin bir miktar altında bir işte çalışıyor

5-.....

6-Mesleki role uyumu ve başarısı, kişinin yetenekleri ve elindeki fırsatlarla orantılı

12-Mesleki doyum

Bu madde, kişinin seçtiği mesleki rolde gösterdiği performansı, işini yaparken ne ölçüde rahat ve sıkıntısız olduğunu ve bu işten doyum sağlama düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

Önerilen sorular

İşinizi yada okulunuzu seviyor musunuz?

Başka bir işle uğraşmayı tercih eder miydiniz?

Bu konuda bir değişiklik planlıyor musunuz?

Yaptığınız iş size haz veriyor mu? İşinizin yeterince doyum verici olduğunu düşünüyor musunuz?

İşiniz yada okulunuz kendinizi iyi hissetmenizi sağlıyor mu?

İşinize istekli gidiyor musunuz?

Değerlendirme

0-Yaygın bir mesleki doyumsuzluk ve mutsuzluk

1-.....

2-Tümüyle mesleki doyumsuzluk yaşamasa da, seçtiği mesleki rol hiçbir olumlu haz duygusu sağlamıyor. Can sıkıntısı eşlik ediyor.

3-.....

4-Mesleki rolünde çok az hoşnutsuzluk duyuyor; yada hoşnutsuzluğu yok fakat işinden aldığı zevk sınırlı

5-.....

6-Bazı yakınmaları olsa da, oldukça tutarlı ve düzenli bir mesleki doyum mevcut; yaptığı işten haz alıyor

* hasta hiçbir mesleki rol işlevi göstermiyorsa bu madde uygulanabilir değildir.

13-Amaç edinebilme

Bu madde kişinin yaşamı için gerçekçi, bütünleşmiş amaçlar ortaya koyma düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

Önerilen sorular

Sizin için yaşamı yaşanmaya değer kılan şey nedir?

Geleceğe ilişkin olarak düşündüğünüz oluyor mu?

Kendiniz için saptadığınız amaçlarınız var mı?

Önümüzdeki birkaç ay yaşamınızın nasıl geçeceğini umuyorsunuz?

Önümüzdeki bir yıl için, özel yaşamınız yada işinizle ilgili olarak ne tür planlarınız var?

Değerlendirme

0-Hiçbir planı yok yada planları varsa da bunlar garip; sanrısız veya büyük ölçüde gerçekdışı

1-.....

2-Geleceğe ilişkin planları varsa da bunlar müphem, anlaşılmaz ve gerçeği bir ölçüde yansıtıyor; planlar birbirleriyle bütünleştirilmesi bakımından yetersiz veya kişinin yaşamı için pek az önem taşıyor

3-.....

4-Yaklaşık bir yıllık zaman dilimi için gerçekçi ve açık seçik planları var, ancak bunlar uzun vadeli yaşam planına az derecede entegre edilebiliyor

5-.....

6-Hem kısa hem de uzun vadede gerçekçi, açık seçik ve bütünleştirilmiş planlar

14-Motivasyon

Bu madde, kişinin yeterli bir güdülenmeyle, amaca yönelik bir aktiviteyi ne ölçüde başlattığı yada sürdürdürebildiğini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

Önerilen sorular

Amaçlarınızı ne ölçüde gerçekleştirebiliyorsunuz?

Son zamanlarda üzerinde çalıştığınız veya başarı ile tamamladığınız şeyler nelerdir?

Herhangi bir alanda yapmayı düşündüğünüz ancak bir yolunu bulamadığınız için yapamamış olduğunuz görevler/işler var mı?

Bunun gibi, sadece çözüm yolunu bulamadığınızdan ötürü bir işi yapamamış olma yaşantısının günlük aktivitelere zarar verdiği oldu mu?

Motivasyon düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?

Kendinizi gayretli, enerjik ve istekli hissediyor musunuz?

Tek düze-yavan bir yaşama saplanıp kalma eğiliminde olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Bazı şeyleri erteleme eğiliminde oldunuz mu?

Bazı şeyleri başarmak için kendinizi bunaltı içinde hissettiğiniz oldu mu?

Değerlendirme

0-Motivasyon eksikliği nedeniyle temel günlük yaşamı belirgin olarak zarar görüyor.

1-.....

2-Yaşamın sürdürülmesi için gerekli temel ihtiyaçlarını karşılayabiliyor, ancak herhangi bir alanda ilerleme, gelişme yada başarı gösteremiyor

3-.....

4-Yaşamındaki günlük ihtiyaçları karşılayabiliyor ve bazı yeni başarılar sağlayabiliyor, ancak motivasyon eksikliği bazı alanlarda belirgin bir başarı kaybına neden oluyor

5-.....

6-Motivasyon eksikliği yok

15-Çevreye ilgi

Bu madde, kişinin çevresiyle ilgili olma ve anlamadığı şeyleri sorma, araştırma düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Değerlendirme yapılırken sanrı ve varsanılar gibi psikozdan kaynaklanan durumlara karşı gösterilen ilgi, kapsam dışında tutulmalıdır. Ancak psikoza bağlı olarak gelişen düşüncelerle patolojik olarak ilgilenme halinin gerçek çevreye olan ilgiyi sınırlayabileceğini göz önünde tutunuz.

Önerilen sorular

Hakkında daha çok şey bilmek istediğiniz yada daha iyi anlamak istediğiniz konular oluyor mu? Ne sıklıkta oluyor?

Bunlar ne tür konular?

Bir konuda daha fazla bilgi edinmek için çaba gösterdiğiniz oldu mu? Bunun için neler yapıyorsunuz? Girişim tarzınızla ilgili olarak bilgi verebilir misiniz?

Gazete okuyor musunuz?

Televizyon, radyo izliyor musunuz?

Güncel olaylar, haberler yada sporla ilgili konulara, yayınlara ilgi duyuyor musunuz?

Çevrenizde olan bitenlere gösterdiğiniz ilgi açısından kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

Değerlendirme

0-Yeni konular veya olaylara çok az merak yada ilgi duyuyor

1-.....

2-Nadiren de olsa, çevreye merak/ilgi duyduğu oluyor, ancak bu merak kişinin düşünce ve hareket alanına tam olarak yansımıyor ve süreklilik göstermiyor

3-.....

4-Çevresine bir ölçüde ilgi gösteriyor, merak duyuyor, bunlar için zaman harcıyor ve bunlar hakkında bilgi sahibi olmak için gerçek anlamda bir çaba sarfediyor

5-.....

6-Bir çok konuya ilişkin merakı/ilgisi var ve bu konuların bir kısmı hakkında okuma, soru sorma, planlı gözlemler yapma gibi yöntemlerle bilgi edinmek için çaba gösteriyor

16-Anhedoni

Bu madde, kişinin haz alma kapasitesini değerlendirmek için hazırlanmıştır. Açık ve gözlenebilir bir depresif sendromun (örneğin ajitasyon, ağlama, belirgin aşağılık ve değersizlik duyguları gibi) sonucu olarak görülen anhedoniyi değerlendirme dışı tutunuz. Ancak depresyonla karşılaşabilme olasılığı olan toplumdan uzaklaşma eğilimi, apati gibi tabloların eşlik ettiği anhedoni değerlendirilmeye alınmalıdır. Depresyonun varlığını araştırmak ve bunun haz alma kapasitesi üzerine olan etkilerini tayin edebilmek için gerekli tüm soruları sorunuz.

Önerilen sorular

Eğlenebiliyor musunuz?

Yaptığınız bir şeyden gerçekten zevk aldığınız yada doyum sağladığınız oluyor mu?
Ne sıklıkta?

Bir çok kişi için eğlenceli gibi görünen şeylerden zevk almakta bir sıkıntınız oluyor mu? Başka insanlarla bu açıdan kendinizi karşılaştırdığınızda arada fark görüyor musunuz?

Günün önemli bir bölümünü can sıkıntısı içinde yada çevrenize ilgisiz kalarak geçirdiğiniz oluyor mu? Ne sıklıkta?

Değerlendirme

0-Haz alam yaşantısı hemem hemen tümüyle yetersiz

1-.....

2-Seyrek olarak sınırlı ölçüde haz alam yaşantıları oluyor, ancak yetersiz düzeyde

3-.....

4-Düzeyi ve yoğunluğu düşük olmakla birlikte düzenli sayılabilecek haz yaşantıları oluyor

5-.....

6-Anhedoni yok. Olsa da bu, kişide o dönemde eş zamanlı olarak bulunan anksiyete ve depresyon ile izah edilebiliyor

17-Zaman kullanımı

Bu madde kişinin zamanını nasıl geçirdiğini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Gün boyu uyumak, yatakta uzanmak, hiçbir şey yapmadan bir yerde oturmak veya programı izlemediği halde televizyonun karşısında oturmak gibi davranışlar, belirli bir amaca dönük olmayan ve eylemsiz bir biçimde geçirilen zaman kullanımına örnek olarak verilebilir.

Önerilen sorular

Vaktinizin çoğunu hiçbir şey yapmadan, sadece bir yerde oturarak veya yatakta kalarak geçirdiğiniz oluyor mu?

Vaktinizin çoğunu televizyon seyrederek veya müzik dinleyerek geçirdiğiniz oluyor mu? O sırda televizyondaki programa yada dinlediğiniz müziğe gerçekten kendinizi verebiliyor musunuz? Yapacak daha iyi bir şeyiniz olmadığı için mi bunları yaptığınızı düşünüyorsunuz?

Vaktinizin çoğunu uyuyarak geçirdiğiniz oluyor mu? Ne sıklıkta?

Zamanınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Zamanı boşa harcama eğilimi taşıdığınız oluyor mu?

Değerlendirme

0-Günlerinin büyük bölümünü amaçsız ve eylemsiz geçiriyor

1-.....

2-Günlerinin hemen hemen yarısını amaçsız ve eylemsiz geçiriyor

3-.....

4-Günlerinin yarısından azını amaçsız ve eylemsiz olarak geçiriyor

5-.....

6-Dinlenmek için gerekli olan normal sürenin dışında hiçbir aşırı amaçsız ve eylemsiz zaman dilimi yaşamıyor

18-Günlük kullanımdaki kişisel eşyalar

Bu madde, kişinin günlük kullanımda belirli eşyalara sahip olmasını yaşadığımız kültürel ortama katılımın temel gereksinimlerinden biri olduğunu kabul etmektedir.

Önerilen sorular

Bu maddeyi değerlendirebilmek için aşağıda sıralanan 12 eşyanın her biri hakkında sorular sorunuz.

Aşağıda sıralanan şeyleri üzerinizde taşıyor musunuz?

1-cüzdan/çanta

2-anahtarlar

3-ehliyet/kimlik

4-kol saati

5-para/kredi kartı

6-sigorta yada sosyal güvenlik kartı

Yanınızda yada evinizde aşağıdaki eşyaları bulundurur musunuz?

1-yaşadığınız şehir yada bölgenin haritası

2-kendinize ait çalar saat

3-tarak/saç fırçası

4-gecelik/pjama

5-otobüs kartı/bilet

6-jeton/telefon kartı/posta pulu

Değerlendirme

0-Günlük kullanıma ait hiçbir eşya yok (0 eşya)

1-.....

2-Günlük kullanıma ait kişisel eşyaların büyük kısmı yok (3-4 eşya)

3-.....

4-Orta düzeyde eksiklik (7-8 eşya)

5-.....

6-Az miktarda eksiklik var yada hiç eksiklik yok (11-12 eşya)

19-Günlük faaliyetler

Bu madde, kişinin gün boyu belirli faaliyetlerle meşgul olmasının, yaşadığımız kültürel ortama katılımın temel gereksinimlerinden biri olduğunu kabul etmektedir.

Önerilen sorular

Bu maddeyi değerlendirebilmek için aşağıda sıralanan 12 faaliyetin her biri hakkında sorular sorunuz. Geçtiğimiz iki hafta içinde aşağıdaki faaliyetlerin hangilerini gerçekleştirdiniz?

- 1-gazete okuma
- 2-fatura ödeme
- 3-mektup yazma
- 4-sinemaya/tiyatroya gitme
- 5-otomobil kullanma veya tek başına toplu taşıma aracına binme
- 6-gıda alışverişi
- 7-gıda dışında alışveriş
- 8-lokantada yemek yeme
- 9-kitap/kaset vb. alışverişi
- 10-toplantıya katılma
- 11-spor faaliyetlerine katılma
- 12-parka yada eğlence yerlerine gitme

Değerlendirme

0-Hemen hemen hiçbir günlük faaliyet yok (0 faaliyet)

1-.....

2-Günlük faaliyetlerin büyük kısmı eksik (3-4 faaliyet)

3-.....

4-Orta düzeyde eksiklik (7-8 faaliyet)

5-.....

6-Az miktarda eksiklik var yada hiç eksiklik yok (11-12 faaliyet)

20-Eşduyum

Bu madde, kişinin, karşısındaki diğer kişinin varlığına, bakış açısına ve duygusal durumuna saygı gösterme, dikkate alma, önem ve değer verme yetisini değerlendirmek

üzere hazırlanmıştır. Bu değerlendirme, kişinin diğer insanlarla olan etkileşimlerini tanımlamasından ve bu etkileşimleri nasıl gördüğünden yola çıkarak yapılır.

Önerilen sorular

Yakın olduğunuz veya birlikte çok zaman geçirdiğiniz bir kişiyi düşünün.

Onunla ilgili olarak sizi neler sinirlendirir veya canınızı sıkır, kızdırır?

Yaptığınız hangi şeyler onu sevindirir, hoşnut eder?

Onu üzüntülü, sıkıntılı gördüğünüzde nasıl bir tepkide bulunursunuz?

Onunla bir tartışmaya girseniz yada fikir ayrılığınız olsa, bu durumu nasıl çözümlersiniz?

Genellikle başka insanların duygularına karşı duyarlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Başka insanların neler hissettikleri sizi ilgilendirir mi? Bu sizi nasıl etkiler?

Değerlendirme

0-Eşduyum yetisi yok

1-.....

2-Eşduyum yetisi, kendi ben merkezci bakış açısı nedeniyle büyük ölçüde bozuk

3-.....

4-Karşısındaki insanların bakış açılarını ve duygularını dikkate alabiliyor, ancak kendi dünyasına dalma eğiliminde

5-.....

6-Çoğunlukla karşısındaki kişinin durumunu kendiliğinden dikkate alabiliyor; onun duygusal tepkilerini sezebiliyor ve bu bilgiyi kendi tepkilerini, davranışlarını düzenlemede kullanabiliyor.

21-Görüşmeci ile duygusal etkileşim ve işbirliği

Bu madde kişinin aşağıdaki yetilerini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır:

- Görüşmeci ile görüşme yapabilme ve sürdürebilme
- Görüşmeciye duygusal olarak bağlantının sürdüğünü hissettirebilme
- Görüşmeciye karşılıklı ilişkide katılımcı bir rol üstlendiğini gösterebilme
- Görüşmenin gerçek bir alışveriş ilişkisi tarzında geçmesi

Bu maddenin değerlendirilmesi, tüm görüşmeyi temel alan kapsamlı bir kararı gerektirir

Değerlendirme

0-Görüşmeci, kişinin görüşmek istememesi ve çok az tepki vermesiyle, kendine gerçek anlamda önem verildiğini hisseder

1-.....

2-Görüşmeye çok sınırlı bir katılım

3-.....

4-Görüşmeye katılımda sınırlılıklar var ve düzenli değil

5-.....

6-İstikrarlı ve iyi bir görüşme

Değerlendirme Formu

Hastanın adı soyadı:

Tarih:

Görüşmecinin adı soyadı:

1- Evdeki ilişkiler	0	1	2	3	4	5	6
2- Arkadaşlık ilişkileri	0	1	2	3	4	5	6
3- Tanıdık edinebilme	0	1	2	3	4	5	6
4- Sosyal aktiviteler	0	1	2	3	4	5	6
5- Sosyal bağlar	0	1	2	3	4	5	6
6- Girişkenlik	0	1	2	3	4	5	6
7- Toplumdan uzaklaşma	0	1	2	3	4	5	6
8- Karşı cinsle ilişkiler	0	1	2	3	4	5	6
9- Mesleki role uyum	0	1	2	3	4	5	6
10- Başarı	0	1	2	3	4	5	6
11- Potansiyelini kullanma	0	1	2	3	4	5	6
12- Mesleki doyum	0	1	2	3	4	5	6
13- Amaç edinebilme	0	1	2	3	4	5	6
14- Motivasyon	0	1	2	3	4	5	6
15- Çevreye ilgi	0	1	2	3	4	5	6
16- Anhedoni	0	1	2	3	4	5	6
17- Zaman kullanımı	0	1	2	3	4	5	6
18- Kişisel eşyalar	0	1	2	3	4	5	6
19- Günlük faaliyetler	0	1	2	3	4	5	6
20- Eşduyum	0	1	2	3	4	5	6
21- Görüşmeci ile etkileşim	0	1	2	3	4	5	6

I-KİŞİLERARASI İLİŞKİLER (1-8) :

II- MESLEKİ ROL (9-12) :

III- RUHSAL BULGULAR (13-17, 20-21) :

IV- KİŞİSEL EŞYA/FAALİYET (18,19) :

TOPLAM :

EK-4

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI : 2004-14
KONU :Araştırma hk.

Bornova /İZMİR
08.03.2004

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans öğrencisi Gülçin SÜNGÜ'nün 25.02.2004-25.05.2004 tarihleri arasında yapmayı planladığı "**Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerde Yaşam Niteliği İle Pozitif, Negatif Belirtiler Arasındaki İlişki**" konulu araştırma 08.03.2004 tarihinde **Bilimsel Etik Kurulu** tarafından incelenmiş ve "**Araştırmanın Yürütülmesi Uygun**" bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.



Doç.Dr. İsmet EŞER
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastane Başhekimliği

Hems. Hizmt. Yönetimi

SAYI: B.30.2.EGE.0.1H.00.04/H- 562

KONU :


16.1.2004

EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE,

İlgi: 505 sayılı ve 06.04.2004 tarihli yazınız.

Enstitünüz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Gülçin SÜNGÜ'nün "Şizofreni Bozukluğu Olan Bireylerde Yaşam Niteliği ile Pozitif, Negatif Belirtiler Arasındaki İlişki" konulu araştırmayı 25.02.2004-25.05.2004 tarihleri arasında Psikiyatri Anabilim Dalı, Psikoz Biriminde yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Geylani ÖZOK
Başhekim



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	
Tarih	29.04.04
No	701
Sıra	
İmza	

ÖZGEÇMİŞ

1976 yılında Nazilli’de doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Nazilli’de tamamladı. 1994 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu’nda lisans eğitimine başladı. 1998 yılında mezun olduktan sonra, aynı yıl Ege Üniversitesi (E.Ü.) Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği’nde Yoğun Bakım hemşiresi olarak çalışmaya başladı. 2000 yılında E.Ü. Psikiyatri Anabilim Dalı 1. Kat Erkek Servisi’nde çalışmaya başladı. 2001 yılında E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından Psikiyatri Anabilim Dalı’nda açılan Yüksek Lisans ‘Bilim Sınavında’ başarılı oldu. 2001-2002 öğretim yılında E.Ü. Yabancı Diller Bölümü İngilizce Hazırlık Programı’na devam etti. Araştırmacı yine aynı yıl, ‘Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitimi’ programlarına yönelik eğitimler aldı ve E.Ü. Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz Birimi’nde çalışmaya başladı. 2002 yılında Bilişsel-Davranışçı Terapi Süpervizyonuna başladı ve 2005’de bu programı başarıyla tamamladı. Halen E.Ü. Psikiyatri Anabilim Dalı Psikoz Birimi’nde psikososyal beceri eğitimi, grup, bireysel, uğraş terapileri ve psikoeğitim programlarını yürütmekte ve Ayaktan Tedavi Birimi hemşiresi olarak çalışmaktadır.